

# Trinity Dental Designs, Inc

8532 Old CR 54

New Port Richey, Fl 34653

727-372-9669

Name. \_\_\_\_\_

Date. \_\_\_\_\_

## Evidence-Based Patient Risk Assessment

**Protecting the investment you have made in your Oral Health is very important.** Appropriate preventive dental treatment can be planned after the identification of Decay and Gum Disease risk factors. It is also important to consider that risks can change over time as risk factors can change. Therefore, risk status should be periodically reevaluated. There is evidence that dentists and dental hygienists can use simple clinical indicators to classify risk status that will predict future disease experience. The system outlined below is to classify patients with low, moderate, or high- risk. This system is offered for guidance, and as stated above, must be balanced with the practitioner's professional expertise.

\*\*\* Factors increasing the risk of oral health problems may include, but are not limited to:

- 1. Having one or more decayed teeth during the last three years.
- 2. Dry mouth or reduced saliva flow
- 3. Medications/medical conditions
- 4. Presence of exposed roots.
- 5. Active orthodontic treatment.
- 6. Several multi-surface restorations
- 7. Enamel defects such as spots or marbling of the teeth; cracked or worn teeth.
- 8. Genetic abnormality of teeth such as twisting, crowding or misalignment.
- 9. Drugs/alcohol/smoking
- 10. Chemo/radiation therapy
- 11. Eating disorders
- 12. Diets high in sugar such as carbonated beverages, lozenges, and candy.
- 13. Irregular dental care
- 14. Teeth with spaces that cause food impaction, filling overhangs, open margins, clasps on partial dentures, orthodontic brackets, implants, and partial dentures.
- 15. Poor oral hygiene
- 16. Poor family dental health: early loss of teeth, family with periodontal disease, high decay rates.
- 17. Prolonged nursing either bottle or breast-fed.
- 18. High degree of bacteria due to chronic illness such as heart disease, diabetes, lupus and cancer.
- 19. Physical or mental disability, with inability or unavailability to brush and floss properly.

## Your Preventive Treatment Plan

### Low- risk All age groups

Definition: Two or less factors that may increase risk\*

Cleanings: Every six months and the following

Treatment: **Vanish** every six months.

---

### Moderate- risk All age groups

Definition: Three or less factors that may increase risk\*

Cleanings: Every six months and the following

Treatment: Adult: **Vanish and Clinpro5000**

Every six months

---

### High- risk All age groups

Definition: Four or more factors that may increase risk\*

Cleanings: Every three to four months and the following

Treatment: Adult: **Vanish, Clinpro5000 and Periomed**

Every three or four months

---

---

# Formulario para la Historia de Salud

**ADA** American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

Email:

Fecha de hoy:

**Por favor confírmame que recibiste este texto**

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: <i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>2o Nombre</i>	Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> (   )	Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> (   )
Dirrección: <i>Dirrección postal</i>	Ciudad:	Estado:                      Código postal:
Ocupación:	Altura:	Peso:                      Fecha de nacimiento:                      Sexo: M   F
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:                      Teléfono: <i>Incluya código del área</i> (   )                      Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i> (   )

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?

<i>Su Nombre</i>	<i>Parentesco</i>	<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>	<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
<b>Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:</b>					
Tuberculosis activa .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.**

## Información Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

	<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o háce rechinar los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE				Fecha de su última radiografía dental:			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

## Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico:                      Teléfono: <i>Incluya código del área</i> <i>Nombre</i> (   )				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Si es así, qué condición le están tratando?							
Fecha de su último examen médico:							