

**CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA: DISFUNCIÓN CRÁNEO-CERVICO-MANDIBULAR**

Por favor conteste **SI** o **NO** a las siguientes preguntas. Si no sabe la respuesta, conteste **no**.

▪ ¿Tuviste tratamiento de Ortodoncia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tuviste Enfermedad Periodontal?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tuviste tratamiento con planos de relajación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Fuiste tratado/a por dolor muscular facial o en la articulación mandibular?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Recibiste algún golpe fuerte en la cabeza, cuello, cara o mandíbula?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tenés con frecuencia dolores de cabeza? (1 o más veces por semana)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tenés dolor o malestar alrededor de los ojos, oídos u otra parte de la cara?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Frecuentemente tenés dolor o rigidez en músculos del cuello, hombro o espalda?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Apretás frecuentemente los dientes durante el día/noche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Te dijeron alguna vez que rechinás o hacés ruido con los dientes al dormir?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tuviste cambios en la audición o sentís ruidos en los oídos (zumbido)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tuviste alguna vez dolor en la articulación tómporomandibular?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tuviste ruidos o salto en la articulación tempomandibular?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Alguna vez el dolor o molestia articular disminuyó o desapareció 100%?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ En ocasiones, ¿se te duermen los dedos de las manos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Se te diagnosticó hiperlaxitud ligamentaria, fibromialgia o fatiga crónica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Generalmente tenés dolor en huesos o músculos del cuerpo (localizado o difuso)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Sentís ocasionalmente la sensación de mareos o que te vas a desmayar?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Sentís con frecuencia fatiga, cansancio o debilidad física?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tenés frecuentemente calambres en las piernas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tenés frecuentemente sensación de frío en manos y/o pies?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Te despertás cansado/a con frecuencia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tenés alguna alteración del sueño?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tenés sueño ligero? (Cualquier ruido te despierta 2 o 3 veces todas las noches)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Te despertás con sensibilidad en tus dientes y/o maxilares?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Tenés un régimen alimenticio especial? (Vegano, vegetariano u otro)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Te duele el pelo o la cabeza cuando te peinás?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Notaste un aumento o baja de peso sin explicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ ¿Notaste sequedad del pelo y/o la piel?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Actualmente, ¿sentís cómoda tu forma de morder?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si tu respuesta es NO, ¿por qué?.....		



- Actualmente, ¿tenés dolor en la cara y/o articulación mandibular?

En este caso de dolor, este es: LOCALIZADO  DIFUSO

SI  NO

- ¿Tenés dificultad para masticar? SI  NO

Debido a:

<input type="checkbox"/> DOLOR ARTICULAR	<input type="checkbox"/> RUIDO ARTICULAR
<input type="checkbox"/> DOLOR DENTARIO	<input type="checkbox"/> FALTA DE DIENTES
<input type="checkbox"/> DOLOR MANDIBULAR	<input type="checkbox"/> OTRO
<input type="checkbox"/> APERTURA LIMITADA	

- ¿Alguna vez te quedaste con la boca abierta sin poder cerrarla? SI  NO

¿Cuándo?.....

- Al despertar, ¿tuviste la sensación de no poder abrir la boca? SI  NO

Explicar:.....

- ¿Cuál o cuáles aspectos del problema te preocupan más?

.....  
.....  
.....

- ¿Te han tomado radiografías por este problema? SI  NO

¿Cuándo y en qué zona?.....

- ¿Tuviste algún cambio reciente en tu vida? (cambio de estado marital, cambio de trabajo, cambio de casa, casamiento, defunción, u otro evento estresante) SI  NO

- ¿Creés que la tensión nerviosa te está agravando el problema? SI  NO