



OD. MELISA BANCHIO

Mat. 3628/01

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 témporomandibular? | 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?.....
-



OD. MELISA BANCHIO

Mat. 3628/01

• Actualmente, ¿tenés dolor en la cara y/o articulación mandibular? SI ☐ NO ☐

En este caso de dolor, este es: LOCALIZADO ☐ DIFUSO ☐

• ¿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 ☐