



Conocerme

Información de su consultorio dental para su embarazo

Complete este formulario sobre usted. La información que ofrezca ayudará al personal del consultorio dental a comprender y satisfacer sus necesidades. Tráigalo a su cita dental.

Mi nombre: _____ Mi edad: _____

Tengo _____ semanas de embarazo La fecha esperada de parto es: _____

Mi última consulta dental fue: Hace 6 meses Hace 12 meses Hace más de 12 meses
 No lo recuerdo

Recibo atención prenatal: Sí No Nombre del proveedor de atención prenatal y números de teléfono de su consultorio: _____

Hago lo siguiente para cuidar mi boca y mis dientes: _____

Tengo las siguientes preguntas sobre el cuidado de mi boca y mis dientes: _____

Durante mi embarazo, experimenté lo siguiente:

- Mal aliento en mi boca
- Encías inflamadas y/o sangrantes
- Arcadas al cepillarme los dientes
- Pérdida de dientes
- Malestar matutino (náuseas, vómitos, reflujo gástrico)
- Dolor de dientes/dolor/inflamación de la cara
- Otro, por favor especificar: _____

Durante este embarazo: fumé utilicé cigarrillo electrónico bebí alcohol

Durante este embarazo, me siento mejor durante estas horas del día: _____

Este documento se desarrolló con fondos del acuerdo cooperativo #90HC0013 para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Niños y Familias, Oficina de Head Start y Oficina de Cuidado Infantil, y Administración de Servicios y Recursos de la Salud, Oficina de Salud Infantil y Maternal, por el Centro Nacional de Salud y Bienestar en la Primera Infancia. Este recurso puede ser reproducido sin permiso alguno para usos no comerciales. Esta publicación es de dominio público, y ninguna persona u organización puede reclamar derechos de autor.

¡La preparación escolar comienza con la salud!



ADMINISTRATION FOR
CHILDREN & FAMILIES



NATIONAL CENTER ON
Early Childhood Health and Wellness