

ALAMO MAXILLOFACIAL SURGICAL ASSOCIATES, PA

EVALUACIÓN DE TMJ

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha _____
Nombre _____
Dirección _____
Edad _____ Ocupación _____
Teléfono residencial _____ Teléfono laboral _____
Compañía de seguros: Médica _____
Dental _____
Fui derivado por _____

II. HISTORIAL

A. El historial del problema es: _____

B. Su problema actual es: _____

C. La primera aparición del problema fue asociada con:

- _____ Trauma
- _____ Bostezo
- _____ Cuidado dental
- _____ Estrés/tensión

Por favor describa: _____

D. Mencione a todos los demás médicos, dentistas, fisioterapeutas, quiroprácticos, psicólogos, etc. que lo han atendido por este problema. Indique las fechas aproximadas y la atención recibida (por ejemplo: férulas de mordida, medicamentos, fisioterapia, orientación, etc.).

E. Historial médico anterior (indique las fechas aproximadas).

Enfermedades _____

Hospitalizaciones _____

Operaciones _____

Alergias _____

Mencione todos los medicamentos que está tomando ahora _____

¿Tiene alguna de las siguientes dolencias?	Artritis	Sí	_____	No	_____
	Estómago nervioso o úlceras	Sí	_____	No	_____
	Dolor lumbar	Sí	_____	No	_____
	Úlceras bucales frecuentes	Sí	_____	No	_____

III. SÍNTOMAS

Tiene:

- A. Dolores de cabeza Sí _____ No _____
1. ¿Dónde se localizan? _____

 2. ¿Cuánto tiempo duran? _____

 3. ¿Con qué frecuencia ocurren? _____

 4. ¿Los dolores de cabeza están asociados con algunas de las siguientes condiciones?:

_____	Náusea
_____	Cambios
_____	visuales
_____	Confusión
_____	Parálisis facial
_____	Sudoración
_____	facial/lagrimo Ardor
- B. Dolor en el cuello o en el hombro Sí _____ No _____
1. ¿Dónde? _____

 2. ¿Con qué frecuencia ocurre? _____

- C. Dolor en la mandíbula Sí _____ No _____
1. ¿Dónde? _____

 2. ¿Con qué frecuencia ocurre? _____

 3. ¿Con qué mejora? _____

 4. ¿Con qué empeora? _____

- E. ¿Sus mandíbulas hacen ruido? Sí _____ No _____
1. ¿De qué lado? _____
 2. ¿Con qué frecuencia? _____
 3. ¿Con qué mejora? _____

 4. ¿Con qué empeora? _____

 5. ¿Cuándo notó estos sonidos en la mandíbula? _____

 6. ¿El ruido ha cambiado sus características? _____

- F. ¿Ha tenido las mandíbulas tan trabadas que no pudo:
abrir las? Sí _____ No _____
cerrar las? Sí _____ No _____
- ¿Con qué frecuencia ocurre? _____

- ¿La frecuencia ha aumentado recientemente? Sí _____ No _____
- ¿Cómo corrige esa tensión? _____

- G. ¿Tensa o aprieta los dientes: por la
noche? Sí _____ No _____
durante el día? Sí _____ No _____
- H. ¿Qué mejoraría sus síntomas? _____

- ¿Qué empeoraría sus síntomas? _____

- I. ¿Sus síntomas son peores en la mañana o al final del día? _____
-
- j. ¿Le duelen las mandíbulas por la mañana o le amanecen rígidas? Sí _____ No _____
- k. ¿Le duelen los dientes o experimenta sensibilidad en ellos? Sí _____ No _____
- l. ¿Le cuesta dormir? Sí _____ No _____
- m. ¿Duerme bien? Sí _____ No _____
- n. ¿Sueña? Sí _____ No _____

O. ¿Se considera una persona tensa? Sí _____ No _____

P. ¿Su vida ha sido más estresante recientemente? Sí _____ No _____

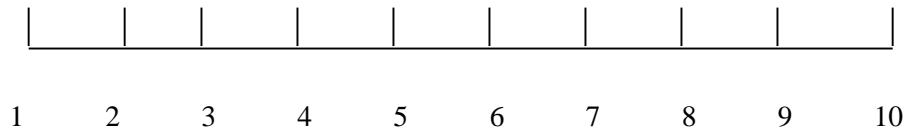
Q. ¿Actualmente consulta a un psicólogo/psiquiatra?

Sí _____ No _____

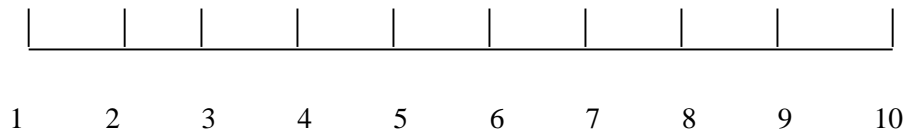
R. En la siguiente escala de 1-10 marque a qué corresponde su dolor en cada uno de los siguientes momentos: La mayoría del tiempo – marque con una raya (/).

Peor que nunca – marque con un círculo

(o). Mejor que nunca o al menos mejor –
marque con una (X).



S. El dolor tiene este efecto en mi vida:



T. En las siguientes cifras, circule dónde está su dolor:

