



Conocerme

Información sobre su embarazo para su consultorio dental

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:

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

Durante este embarazo: fumé utilicé cigarrillo electrónico bebí alcohol

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

Este recurso cuenta con el apoyo de la Administración para Niños y Familias (ACF, sigla en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, sigla en inglés) Estados Unidos (EE. UU.) como parte de una adjudicación de asistencia financiera por un total de \$8,200,000 con el 100% financiada por la ACF. El/Los contenido(s) pertenece(n) al/los autor(es) y no representa(n) necesariamente las opiniones oficiales ni implica un respaldo de la ACF/el HHS ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Centro Nacional de

Salud, Salud del Comportamiento y Seguridad