

Bienvenido

Quisiera introducirlo a una nueva dimension en Dentisteria, a una nueva era en el arte cosmetico. Nuestra meta es alcanzar los beneficios de tener una bella sonrisa, tejido sano y la funcion que usted quiere y merece. Porfavor llene este formulario para que podamos proporcionarle el mejor cuidado.

Acerca de usted

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad _____ Estado _____
Codigo postal _____
Lugar de trabajo: _____
Profesion: _____

Informacion de su esposo(a)

Nombre de su
esposo(a) _____
Fecha de
nacimieto: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____
Telefono: _____

Informacion de su seguro

Seguro dental: _____
Nombre del seguro: _____

Historia Dental

Porque esta aqui
hoy? _____

____ Como describe la condicion de sus encillas?

Buena Regular Mala

Algun problema con sus dientes o encillas?

Usa hilo dental frecuentemente? _____

Tiene dolor en su mandibula?

Do you grind your teeth?

Ha sido tratada por problemas en su

mandibula?

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro social: _____

Tel. de casa _____

Celular: _____

E-mail: _____

Tel. del trabajo: _____

Seguro social de su esposo(a): _____

Lugar de trabajo: _____

Telefono del trabajo: _____

Quien lo refirio aqui:

Numero del tel.del seguro: _____

Grupo: _____

Persona asegurada: _____

Relacion: _____

Fecha de su ultima visita al dentista: _____

Dentista anterior _____

A tenido algun tratamiento de encillas?

sangran sus encillas?

A sido tratada por enfermedad periodontal?

Estan sus dientes sencibles?

Estan flojos sus dientes?

Tiene dientes cordales?

Si pudiera cambiar algo en la apariencia de su
sonrisa, que seria?
