



Perso
9500
Rayto
816-7
www.

Evaluación de sonrisas

Por favor, tómese unos minutos para responder a las siguientes preguntas.

Gracias.

<p>Compruebe cualquiera de los siguientes problemas que pueden aplicarse a usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilidad (caliente o fría) Jaquecas Dientes o rellenos rompiendo Rechinar o apretar los dientes Sangrado, hinchazón o irritación de las encías Dientes sueltos, inclinados o cambiantes Mal aliento Ronquidos <p>¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> Dentaduras Dentaduras parciales Tratamientos periodontales (encías) <p>Si es así, cuando _____</p> <p>Por favor, comparta las fechas aproximadas de:</p> <p>Su última limpieza: _____</p> <p>Su última prueba de detección del cáncer oral: _____</p> <p>Sus últimas radiografías completas: _____</p> <p>¿Quién era tu dentista anterior?</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>¿Te gusta tu sonrisa?</p> <p> Sí</p> <p> No</p> <p>¿Alguna vez sangran tus encías?</p> <p> Sí</p> <p> No</p> <p>¿Cuántas veces a la semana usas hilo dental?</p> <p>_____</p> <p>¿Cuántas veces al día te cepillas?</p> <p>_____</p> <p>Tipos de cerdas de cepillo de dientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Duro Medio Suave 	<p>¿Fuma o usa tabaco para masticar?</p> <p> Sí</p> <p> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuánto? ¿Y por cuánto tiempo?</p> <p>_____</p> <p>Si pudieras cambiar tu sonrisa, ¿quieres: (por favor marque todos los que correspondan)</p> <ul style="list-style-type: none"> Haz que tus dientes sean más blancos Haz tus dientes más rectos Reemplazar los empastes descoloridos Cerrar espacios entre los dientes Reparar dientes rotos, astillados o desgastados Reemplazar los dientes que faltan Reemplazar coronas viejas Tener un cambio de imagen de sonrisa <p>Por favor, califique lo siguiente en una escala de 1 a 5 (5 siendo el más alto)</p> <p>¿Qué tan importante es su salud dental para usted?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>¿Cómo calificaría su salud dental actual?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>¿Cómo calificaría su ansiedad dental?</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>¿Por qué dejaste a tu dentista anterior?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué es lo más importante para usted acerca de su visita dental hoy?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuáles son sus objetivos dentales a largo plazo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Si hay algo que cambiarías sobre tu sonrisa, ¿qué sería?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Indique cualquier otra inquietud no especificada:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

