



Evaluación de Nuevos Pacientes

Para ayudar en nuestro diagnóstico y tratamiento de sus preocupaciones estéticas, por favor tomar un momento y responder a las siguientes preguntas.

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Quiere la apariencia de sus dientes y/o su sonrisa? | Si | No |
| ¿Hay algo que te gustaría cambiar de la apariencia de sus dientes?
Sí si, por favor explicar _____ | Si | No |
| ¿Te gusta los colores de sus dientes? | Si | No |
| ¿Te gusta las formas de sus dientes? | Si | No |
| ¿Tiene alguna dientes que están astillados, son desiguales,
que sobresalen, y/o se ocultan? | Si | No |
| ¿Son los dientes apiñados o torcidos? | Si | No |
| ¿Cómo sus dientes parecen ser plana o advertir (deteriorado)? | Si | No |
| ¿Tiene espacios entre los dientes que le preocupan? | Si | No |
| ¿Tiene algunas dientes que gustaría reemplazar? | Si | No |
| ¿Tiene tratamiento dental que no le gusta? | Si | No |

Por favor marque cuál de las siguientes opciones aplica a usted:

- Temor de tratamiento
- Tiempo de tratamiento preocupaciones
- Preocupaciones de pagos
- No entender tratamiento
- Vergüenza
- Otra _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____