



All Smiles Family Dental, PLLC

## Evaluación Cosmética

**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?<br>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,<br>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 \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

512 Merchants Drive  
Knoxville, TN 37912  
(865)689-7556  
www.knoxsmiles.com