

Bienvenido

I would like to introduce you to a new dimension in Dentistry, a new era in cosmetic artistry. Our goal is to achieve the benefits of having a beautiful smile, healthy tissue, and function that you want and deserve. Please complete this form so that we can provide the best care possible for you.

Fecha: _____

Acerca de usted

Nombre: _____

Dirección: _____

Lugar de trabajo: _____

Profesión: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Tel. de casa: _____

Cellular: _____

E-mail: _____

Tel. del trabajo: _____

Información de su esposo(a)

Nombre de su esposo(a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro social de su esposo(a): _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Teléfono: _____

Quién lo refirió aquí: _____

Información de su seguro

Seguro dental: _____

Nombre del seguro: _____

Número del tel. del seguro: _____

Grupo: _____

Persona asegurada: _____

Relación: _____

Historia dental

Porque está aquí hoy? _____

Como describe la condición de sus encías?

Buena Fair mala

Algun problema con sus dientes o encías?

Usa hilo dental frecuentemente? _____

Tiene dolor en su mandíbula

Do you grind your teeth?

A sido tratada por problemas en su mandíbula?

Por favor explique: _____

Fecha de su última visita al dentista: _____

Dentista anterior: _____

A tenido algun tratamiento de encías?

sangran sus encías?

A sido tratada por enfermedad periodontal?

Están sus dientes sensibles?

Están flojos sus dientes?

Tiene dientes cordales?

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