



Nombre: _____

Nombre de esposa/o: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Teléfono: _____

Nombre de empleador: _____ Teléfono de empleador: _____

Dirección de empleador: _____

Historia Dental

Razón de su visita hoy: _____

Dentista Previo: _____ Última Visita: _____ Ultima Limpieza: _____

Cuántas veces al día cepillas los dientes? _____ Las encías sangran? _____

Tienes alguno de los siguientes? (marque con un circulo)

Sensibilidad, Dientes Flojos, dientes rotos, dolor en la quijada.



Has tenido un experiencia mala en el dentista? _____

Has tenido Ortodoncia, tratamiento de encillas, tratamiento de conducto (root canal), cirugía maxilofacial, coronas, o implantes? _____

Estas contento con tu sonrisa? _____ Si No, por favor explique: _____

Estas interesado en remplazar dientes perdidos? _____

Tienes preguntas para el doctor? _____

Alguien te refirió? _____ Quien? _____

Para Pacientes con seguro:

Nombre del Seguro _____

Dirección del seguro _____

Teléfono del seguro _____

Plan: _____ Grupo: _____ Política: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Nombre del patrono del Aseguro: _____