

BIENVENIDO

A LA OFICINA DE LA DRA. YOLANDA CINTRON

Estamos contentos de que sea parte de nuestra gran familia de amigos y pacientes. Los beneficios de una sonrisa hermosa y saludable son innumerables y nuestra meta es ayudarlo a que obtenga la sonrisa bella y saludable que usted desea y se merece. Por favor complete todas las preguntas para así poder brindarle el mejor cuidado posible.

I- SOBRE USTED:

1. Fecha de hoy: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

3. Nombre: _____

4. Dirección: _____

5. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

6. Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

7. Teléfono de Trabajo: _____

8. Correo Electrónico: _____

9. Cual es la mejor forma de comunicarse con usted? Correo electrónico _____

Mensaje de texto _____ Celular _____ Trabajo _____

Hora preferida para que lo contactemos _____ am _____ pm

10. (Por favor marque uno) _____ Soltero/a _____ Casado/a

_____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____ Separado/a

11. Donde trabaja: _____ Ocupación: _____

12. Dirección: _____ Ciudad: _____

13. País/Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

14. Nombre de su Cónyuge: _____ Donde Trabaja: _____

15. Teléfono del Trabajo de su Cónyuge: _____

Cellular de su Cónyuge: _____

16. ¿A quien le damos las gracias por el referido? _____

17. Interés especial o pasa tiempo: _____

18. Tipo de Música que le gusta y lectura: _____

19. Algún evento grande ocurriendo en su vida: _____

Aniversario _____ Graduación _____ Promoción _____

Viaje: Adonde _____ Boda _____

Compromiso _____ Cirugía Plástica _____

20. Comida Favorita: _____ Bebida Favorita: _____

21. Color Favorito: _____

22. Como le gusta ser llamado? _____

23. En caso de emergencia a quien debemos llamar?

Nombre: _____ Teléfono: _____

24. ¿Hay algo en el cual le gustaría que oremos hoy con usted? _____

II. HISTORIA DENTAL

1. ¿Qué le gustaría hacerse hoy? _____

2. Describa su dentista ideal _____

3. ¿Está usted con algun malestar dental hoy? _____

4. Dentista anterior _____ Ciudad _____ Estado _____

5. ¿Por qué dejó a su dentista anterior? _____

6. ¿Cómo fue su experiencia dental pasada?

Excelente: _____ Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____

Mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

7. Fecha de su última examinación dental _____

Fecha de sus últimos Rayos-X _____

Si tienen mas de 6 meses estan obsoletos.

8. ¿Ha tenido problemas con algunos de los siguientes (Marque todos los que apliquen)?
Porfavor explique.

a. Mal aliento _____

b. Rechinar o apretar los dientes _____

c. Tratamiento periodontal _____

d. Moretones con facilidad _____

e. Sangrado de las encías _____

f. Chasquidos de mandíbula _____

g. Dientes flojos o rellenos rotos _____

h. Llagas/crecimiento en la boca _____

i. Pedazos de alimentos entre los dientes _____

j. Sensibilidad al frío / calor / dulces _____

k. Lesiones de herpes _____

l. Úlcera de apthos _____

m. Síndrome de boca seca _____

9. ¿Cómo describiría el estado de sus dientes y encías?

_____ Excelente _____ Bien _____ Mediocre _____ Pobre

Pobre 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

10. Por cuanto tiempo quiere tener sus dientes? 5 años 10 años 15 años 20 años

11. ¿Tiene alguna molestia con los dientes o encías? S / N

Si su respuesta es si, por favor explique _____

12. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? S / N o hilo dental? S / N

13. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

¿Usa hilo dental? _____

¿Su dentista le ha dado un protector bucal/férula? S / N

14. ¿Alguna vez ha sentido dolor en la mandíbula? S / N

15. ¿Usted rechina los dientes? S / N

16. ¿Alguna vez ha sido tratado por la TAT / síntoma de mandíbula? S / N

Si su respuesta es si, por favor explique _____

17. ¿Si usted pudiera cambiar su sonrisa, qué cambiaría? _____

Color: _____ forma: _____ tamaño: _____

18. ¿Cuál considera que es el factor más importante en asegurar que su experiencia dental sea positiva? _____

19. ¿Cuáles son sus metas y deseos con respecto a su salud dental? _____

AUTORIZACION

He revisado la información de este cuestionario, y he contestado con mi mejor conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por la Dra. Yolanda Cintrón para ayudar a determinar el tratamiento dental adecuado y saludable. Si hay algún cambio en mi estado de salud, voy a informar a la dentista. Yo autorizo a la dentista que divulgue toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y servicios si el seguro no paga. Entiendo que soy responsable de los costos de cobro y los honorarios del abogado si no cumplo con mi obligación financiera para mi tratamiento dental.

Firma _____ Fecha _____