

# New Patient Dental Questionnaire-SPN



## Información del paciente

Nombre \*

Apellido \*

MI

## Cuestionario dental para pacientes nuevos

Relax Dental of Burlington se compromete a ayudar a cada paciente a alcanzar sus metas dentales personales. Por favor complete el siguiente cuestionario.

¿Cómo calificaría su sonrisa en una escala del 1 al 10?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

¿Fecha de la última visita al dentista?

¿Cuáles son sus preocupaciones dentales actuales?

¿Cuáles son sus expectativas dentales?

Calificaría mis experiencias dentales anteriores:

Excelente  Promedio  
 Por debajo del promedio

¿Sensibilidad y/o dolor?

Si  No

¿Dientes que faltan?

Mis preocupaciones son:

Miedo al tratamiento dental  Financiero  Problemas de programación  Otro

¿Apretar o rechinar?

¿Sangrado o dolor de encías?

¿Diente flojo?

¿Comida atrapada entre los dientes?

## Formulario de Firma

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Doy mi consentimiento para usar registros y firmas electrónicas (Leer registro electrónico y divulgación de firmas)

Relación con el paciente

Nombre

Firma

Fecha