

Nombre del paciente: _____
Numero de record: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

EVALUACION DE SU SONRISA

Obtenga la sonrisa que usted siempre quiso tener

Sostenga el espejo a 12" o 14" de su cara. Sonría para ver sus dientes. Tómese el tiempo para obsérvalos cuidadosamente y luego conteste las siguientes preguntas.

¿Le gusta la apariencia de sus dientes, y su sonrisa? Si No

Si no, explique _____

¿Están todos sus dientes alineados (parejos/derechos)? Si No

Si no, explique _____

¿Están algunos de sus dientes Fracturados, Escondidos, Salidos? Si No

¿Tiene entre sus dientes espacios que no le gusten? Si No

Si si, explique _____

¿Le gusta el color de sus dientes? Si No

Si no, explique _____

¿Le gusta la forma de sus dientes? Si No

Si no, explique _____

¿Qué le gustaría cambiar de la apariencia de sus dientes?

