

Evaluación Estética Personalizada

Nombre del paciente: _____ Date: _____

Responda las preguntas siguientes que están diseñadas específicamente para nuestro diagnóstico y tratamiento que le ayudara en sus necesidades estéticas:

- | | | Sí | No |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | ¿Le disgusta el color de sus dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene espacios entre los dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Tiene astillas o bordes irregulares en sus dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Tiene rellenos oscuros visible?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sus dientes son cortos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Son los dientes demasiado largos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Son los dientes demasiado atestados?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Sus dientes se sienten "muesca" en la línea de las encías?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Sus encías muestra cuando está sonriendo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Sus encías siente poco saludables?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | ¿Sus encías siente irregulares en contorno?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Está usted satisfecho con su apariencia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si no ¿por qué? _____

14. ¿Si su sonrisa fuera mejorada, se sentiria mas satisfecho/a?

En general, ¿cómo podría mejorar su sonrisa?

Comentarios:

Firma: _____