

CUESTIONARIO PARA CLIENTES NUEVOS

1. ¿Tiene dolor en alguno de sus dientes o muelas? Si sí lo tiene, ¿hace cuánto tiempo comenzó el dolor? En el dibujo de la parte inferior de este formulario, por favor **CIRCULE** el diente o muela que le duele.
2. ¿Tiene algún diente o muela roto? En el dibujo inferior por favor ponga una X para indicar la muela o el diente roto.
3. ¿Usa usted una dentadura postiza (placa)?
 - a. Si sí, indique por favor si es de arriba, de abajo, o de ambas partes.
 - b. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene estas dentaduras/placas?
 - c. ¿Las placas le quedan bien?
 - i. Si no le quedan bien, ¿es la de arriba, la de abajo o son de ambas partes las que le quedan mal?
4. ¿Usa usted algún puente o placa parcial?
 - a. Si sí, ¿es de abajo, de arriba o de ambas partes?
 - b. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene este puente o puentes?
 - c. ¿Los puentes le quedan bien?
 - i. Si no le quedan bien, ¿son de arriba, de abajo o de ambas partes los que le quedan mal?
5. ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron radiografías de la boca completa (18 láminas)?
6. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una limpieza dental?
7. ¿Tiene usted algún diente o muela despostillado (con alguna pequeña rotura o agujero)? Utilizando el dibujo inferior, por favor indique los dientes o muelas despostillados dibujando un **TRIÁNGULO** alrededor de cada uno.
- 8.

CLÍNICA DENTAL DEL RELOJ

