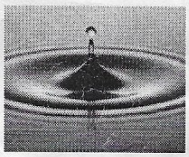
Pure  Dental

WE WOULD LIKE TO GET TO KNOW YOU BETTER!

DATE_____

Full Name_____ Phone(Hm)____-____-____ Cell____-____-____

Address_____ City_____ State_____ Zip_____

Email_____ Date of Birth___/___/___ Social Security_____-___-_____

Drivers License_____ Marital Status **S M D W O** Spouse's Name_____

Occupation_____ Employer_____ Work Hours_____

Emergency Contact_____ Phone Number ____-____-_____

When was your last dental appointment? _____Person responsible for your dental investment_____

How did you hear about us?_____ Why did you leave your last dentist? _____

WE WANT TO TAKE CARE OF YOUR CONCERNS AND NEEDS FIRST…

What are your present dental problems? _____

Do you avoid brushing any part of your mouth? Yes( ) No( )

Do your gums bleed when brushing? Yes( ) No( )

Are you teeth sensitive to sweets, hot/cold or biting pressure? Yes( ) No( )

I want to know about longer lasting solutions that may cost more Yes( ) No( )

Are you dissatisfied with your teeth and their appearance? Yes( ) No( )

Does dental treatment make you nervous?

( )No ( )Slightly ( )Moderately ( )Very

I think my dental health is…

( )Excellent ( )Good ( )Fair ( )Poor

If I could change my smile, I would make my teeth…

( )Whiter ( )Straighter ( )Close Spaces ( )Repair Chips

For Insurance Purposes…

Name of Policy Holder_____ Policy Holder Social Security ____-____-_____

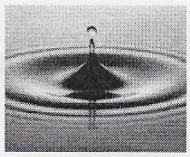
Policy Holder's Date of Birth ___/__/___ Employer_____ Name of Ins._____

Insurance Phone Number ____-____-_____ Group #_____ Ins. Address_____

Are you covered by another plan? If so, please complete the following…

Policy Holder's Date of Birth ___/__/___ Employer_____ Name of Ins._____

Insurance Phone Number ____-____-_____ Group #_____ Ins. Address_____

Pure  Dental

QUEREMOS CONOCERTE MEJOR!

Fecha_____

Nombre_____ Tel.(Casa)_____-_____-_____ (Cel)_____-_____-_____

Domicilio_____ Cuidad_____ Est._____ Postal_____

Correo Electronico_____ Fecha de Nac____/____/____ # de Seguro Social_____-___-_____

de Licencia_____ Estado Civil **S C D V O** Nombre de Pareja_____

Ocupacion_____ Empleador_____

Contacto de Emergencia_____ Numero de Tel _____-_____-_____

Cuando fue su ulitma visita dental? _____ Persona responsible por su tratamiento _____

Como supo de nosotros?_____ Porque dejo su ultimo(a) dentista? _____

QUEREMOS TRATAR PRIMERO SUS PENDIENTES …

Cuales son sus problemas dentales actualmente ? _____

Evita cepillarse alguna parte de su boca? Si( ) No( )

Sangran sus ansillas cuando se cepilla? Si( ) No( )

Sus dientes son sensibles al frio/caliente or cuando muerde? Si( ) No( )

Quiero saber de tratamientos duraderos que cuesten mas Si( ) No( )

Esta usted insatisfecho con la aparencia de sus dientes/sonrisa? Si( ) No( )

El tratamiento dental lo(la) hace nervioso(a)?

( )No ( )Poquito ( )Mas o Menos ( )Mucho

Pienso que me salud dental esta…

( )Excellent ( )Bueno ( )Mas o Menos ( )Mal

Si pudiera cambiar mi sonrisa, haria mis dientes mas…

( )Blancos ( )Derechos ( )Cerrar Espacios ( )Reparar astilladas

Informacion de su Aseguranza …

Nombre en Polisa de Aseguranza_____ # de Seguro Social del Asegurado _____-_____-_____

Fecha de Nacimiento ___/__/___ Empleador_____ Nombre de Aseguranza_____

Tel. de Aseguranza _____-_____-_____ # de Grupo_____ Dom. de Asegur._____

Esta usted cubierto por un segundo plan? Si, si favor de completar lo siguiente…

Fecha de Nacimiento ___/__/___ Empleador_____ Nombre de Aseguranza_____

Tel. de Aseguranza _____-_____-_____ # de Grupo_____ Dom. de Asegur_____