

Formulario para Pacientes de la Clínica Odontológica Alfa & Omega

Sobre usted

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombres: _____

Apellidos: _____

Teléfono: _____

Otro numero de contacto: _____

Correo: _____

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____

¿Cuántos miembros hay en su familia? _____

Ocupación: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Estado Civil: _____

¿Asiste al Odontólogo con frecuencia?

Si No

¿Es Paciente de Alfa & Omega?

Si No

Fecha de su última visita al Odontólogo:

____ / ____ / ____

Historial Dental

¿Cuales son los principales problemas que desea atender con el Odontólogo?

¿Alguna vez ha tenido una evaluación

Odontológica? Si No

¿Ha tenido anteriormente un problema dental?

Si No

¿Ha recibido un tratamiento odontológico

anteriormente? Si No

Cuando va al dentista, ¿Cómo calificaría la

atención?

Buena Regular Mala

¿Le gusta su sonrisa? Si No

¿Se lava los dientes frecuentemente? Si No

¿Presenta algún problema para hablar? Si No

¿Tiene algún diente faltante o algún diente

picado? Si No

Gracias por terminar el formulario

Una vez terminado el formulario, usted se hace acreedor de la promoción del mes que ofrece la Clínica Alfa & Omega, sirvase de solicitar su cita a través de nuestra página web, www.alfayomegadent.com

Luego de enviar la solicitud de cita por nuestra página Web, a la brevedad recibirá un correo confirmando la fecha y hora de la consulta solicitada, en nuestro centro de atención ubicado en Av. Alfredo Mendiola 3607 - 2do piso.

Firma del Paciente
DNI:

Firma del Doctor
DNI: