

## Evaluacion de su sonrisa

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_

Usted tiene espacios en sus dientes? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si los tiene, estos le molestan? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Tiene bordes disperejos o dientes desgastados? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

El color de sus dientes, le molesta? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Le gusta la forma de sus dientes? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Le disgusta la posición de sus dientes? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Siente que sus dientes estan amontonados? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Son sus dientes muy cortos? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Son sus dientes muy largos? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Que arco le molesta (arriba o abajo) \_\_\_\_\_

Le han hecho ortodoncia? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Cual es la parte de su cara que mas le gusta? \_\_\_\_\_

Como describiria sus labios (llenos o delgados) \_\_\_\_\_

Desde cuando le molesta su sonrisa? \_\_\_\_\_

Describa como se siente acerca de su sonrisa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_