Información del pacients

¿Hay algún asunto o servicio en particular del cual le gustaría hablar con el médico?

- ☐ Dolor de muela
- ☐ Extracción de los cordales
- ☐ Puente/Prótesis/Dentadura postiza
- ☐ Sangrado/Dolor de las encías
- ☐ Dientes partidos o rotos
- ☐ Invisalign/Frenos
- ☐ Implantes

Información adicional/comentarios

Nombre del paciente

Fecha

¿A quién le podemos agradecer su visita el día de hoy?

- ☐ Pasaba por aquí
- ☐ Compañía de seguro
- ☐ Traslado de otra oficina
- ☐ Recomendación de otro paciente _____
- ☐ Búsqueda en Internet
- ☐ Publicidad por correo
- ☐ Empleado(a)
- ☐ Otro _____

☐ **Me interesa financiar con terceros**

Ofertas especiales

- ☐ **Deseo** recibir ofertas especiales por correo electrónico o mensajes de texto
- ☐ **No deseo** recibir ofertas especiales por correo electrónico ni mensajes de texto

Cornerstone Dental

MyCornerstoneDentist.com