



Cuestionario Inicial

Motivo de consulta:

¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia anteriormente? (Breve descripción del tratamiento y cuándo terminó):

¿Ha realizado retención? fija: removible: doble:

¿Cuánto hace que dejó de usar la retención?

¿Cree que presenta recidiva? (descripción):

¿Ha recibido tratamiento periodontal? (breve descripción del tratamiento y cuándo terminó):

¿Le gusta el color de sus dientes?

¿Le gusta la forma de sus dientes?

¿Le gusta la posición de sus dientes?

¿Presenta sensibilidad en algún diente? (Breve descripción y en qué dientes)

¿Es portador de prótesis fija o removible? (Breve descripción y en qué dientes)

¿Aceptaría que se le realizara stripping en sus dientes?

Los aparatos de Clear Aligner deben ser utilizados durante 17 horas por día y deben protegerse en su estuche cuando no se usan.

A continuación del tratamiento con Clear Aligner es necesario un periodo de retención y realizar revisiones periódicas.

