

Nombre _____

¿Ha considerado el tratamiento de ortodoncia (alisado de dientes) para usted o para cualquier miembro de su familia?

Si

No

¿Estás contento con la apariencia de tus dientes?

Si

No

Si no por que?

¿Tu pareja te mantiene despierto con sus ronquidos?

Si

No

¿Usted o ellos rechinan sus dientes?

Si

No

Si respondió sí a cualquiera de estas preguntas, pregúntenos sobre "**Silent Nite**"