

Salinas

ENDODONTICS

Ariana Malek, D.D.S.

130 E. Romie Ln. Suite B
Salinas, CA 93901

Date: _____
Fecha

Patient Name: _____
Nombre del Paciente

Appointment Date & Time: _____
Fecha y hora de la cita

**Please bring this card
to your appointment**

*Por favor, traiga esta
tarjeta a su cita*

Tooth Number or Area For Consideration

Número de diente o área a considerar

1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17

Upper Right
Superior derecha

Lower Right
Inferior derecha

Upper Left
Superior izquierda

Lower Left
Inferior izquierda

Reason for Referral

- Pain/Swelling
Dolor / Absceso / Inflamación
- Radiographic Findings
Hallazgos radiográficos
- Pulp Exposure
Exposición Pulpar
- History of Trauma
Historial de traumatismo dental
- Crack/Fracture
Diente Agrietado / Fractura
- RCT Needed for Restoration
Endodoncia por indicación protesica
- Other
Otro

Service(s) Requested

- Root Canal Therapy
Tratamiento de conducto
- Retreatment
Retratamiento de conducto
- Apical Surgery
Cirugía apical
- Consultation Only
Solo consulta
- N2O or Oral Sedation
Óxido nitroso o sedación consciente
- Buildup (and Post as Needed)
Poste y muñón
- Leave Post Space
Dejar espacio para el poste
- Temporize with Sponge/Cavit
Provisionalizar con esponja y Cavit
- Internal Bleaching
Blanqueamiento interno
- Please Call to Discuss
Por favor llame para discutir el caso

Comments _____
Comentario

www.salinasendodontics.com
frontdesk@salinasendodontics.com
tel. (831) 783-3131 | fax (831) 783-3133

Referring Doctor: _____
Dentista remitente

Phone Number: _____
Número de teléfono