



¡ Bienvenido a nuestra oficina!

Por favor, informenos de cualquier cambios de salud medica y bucal de su hijo/a rellenando los datos del siguiente forma:

Informacion de paciente y padres

Nombre de Hijo/a: _____ Apodo: _____ Edad: _____

¿ Quien acompañe al niño/a hoy? _____ Relacion al niño/a: _____

¿ Ha tenido cambios a su seguro dental? Si No _____

Direccion: _____ Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Tel # Casa: _____ Tel # Celular: _____

Correo Electronico: _____

¿ Podemos comunicamos con ud por correo electronico y/o mensaje de texto para confirmar citas? Si No

Pasatiempos del niño/a, intereses o actividades recientes desde la ultima visita: _____

¿ Culaquier cambio reciente en la historia clinica medico del niño/a? : _____

Razon por visita hoy: _____

Area(s) de preocupacion: _____

¿ Su hijo/a cepille diariamente? Si No ¿ Esta su hijo/a usando pasta de dientes con fluoruro? Si No

¿ Esta su hijo/a tomando algun suplemento de fluoruro? Si No ¿ Ayuda el padre? Si No

¿ Su hijo/a usa hilo dental? Si No ¿ Tienes dificultades para cepillarse los dientes o usar hilo dental los dientes de niño/a?: Si No Por favor, explique: _____

**** Por favor, marque si el nino come o bebe el siguiente DIARIO:**

| | | |
|------------------------------|--------------------|---------------------|
| Bebidas Deportivas: _____ oz | Papitas | Vitaminas de gomita |
| Sodas: _____ oz | Comidas azucaradas | Golocinas/Dulce |
| Jugos: _____ oz | Galletas | |

**** Por favor, marque si su hijo tiene actualmente o esta experimentando cualquiera de los siguientes:**

| | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Dolor de muelas | Trauma dental/la cara | Muerde el Labio/Mejia |
| Dolor en la mandibula | Sensibilidad al frio/calor | Habito de chupon/dedo |
| Sangrado de las encias | Mal Aliento | Reflujo/Acidez |
| Respirar por la boca | Rechinando los dientes | Resequedad de boca |
| Sensibilidad a los dulces | Ortodoncia | Frenillo de lengua |

He revisado la anterior es correcta a lo mayor de mi conocimiento.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

Dr. Firma _____

Gracias por su tiempo! Sus respuestas nos ayudaran a mejorar proporcionamos para su hijo/a.