



**Información del Paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/custodio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Principal del Paciente:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Raza:**

Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Hispano o Latino

Nativo de Hawái o Otras Islas del Pacífico  Blanco  Rehúso a especificar  Otra Raza

- |                        |   |  |  |
|------------------------|---|--|--|
| <b>Dieta:</b>          | <input type="checkbox"/> Vegetariano            | <input type="checkbox"/> Mixta                 | <input type="checkbox"/> Dieta especial                                |
| <b>Jugos:</b>          | <input type="checkbox"/> Más de 3 tazas por día | <input type="checkbox"/> 2 tazas por día       | <input type="checkbox"/> Menos de 1 taza por día                       |
| <b>Merienda:</b>       | <input type="checkbox"/> Más de 3 por día       | <input type="checkbox"/> Menos del 3 por día   | <input type="checkbox"/> 1 vez por día                                 |
| <b>Cepillado:</b>      | <input type="checkbox"/> 2 veces por día        | <input type="checkbox"/> 1 vez por día         | <input type="checkbox"/> Pocas veces por semana                        |
| <b>El hilo dental:</b> | <input type="checkbox"/> Todos los días         | <input type="checkbox"/> Pocos días por semana | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca |

Usa pasta dental con flúor?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

¿Está el niño al día con todas las vacunas?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Cómo supo de nuestra clínica:  Referido por \_\_\_\_\_  Internet  Folleto  Paseo por  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del dentista que visitaban antes: \_\_\_\_\_

Razón por la cual busco un nuevo consultorio dental: \_\_\_\_\_

Ha tenido el paciente alguna experiencia dentales desfavorables:  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Cuándo fue la última visita al dentista y con qué frecuencia visita el dentista: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del pediatra o médico del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de cualquier especialista: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de su farmacia de preferencia \_\_\_\_\_