



Información del Paciente

Apellido: _____ Inicial: _____ Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del parent/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 Rehuso a especificar Otra Raza

Dieta: Vegetariano Mixta Dieta especial

Jugos: Más de 3 tazas por día 2 tazas por día Menos de 1 taza por día

Merienda: Más de 3 por día Menos del 3 por día 1 vez por día

Cepillado: 2 veces por día 1 veces por día Pocas veces por semana

El hilo dental: Todos los días Pocos días por semana Ocasionalmente Nunca

Usa pasta dental con floruro? 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 dentale 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: _____