



## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ GENERO:  HOMBRE  MUJER  
Apellido Nombre de Pila Segundo Nombre

NOMBRE DE QUE SU NIÑO PREFIERE SER LLAMADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ PESO \_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Hemos visto a otro niño en su familia? Y N Si sí, por favor enumera/Que dentista? \_\_\_\_\_

¿Con cuál dentista tiene cita su niño el día de hoy?  Harris  Dr. Meredith  No estoy seguro

¿Quién es su Dentista familiar? \_\_\_\_\_  Actualmente no vemos un dentista  Quisiera una recomendación

¿Cómo supo acerca de nuestra oficina? (Por favor marque todos los que se aplican y especificar quien, si corresponde)

Libro telefónico  Redes Sociales (Facebook, Instagram, etc.)  Internet (Google, Yahoo, etc.)  Anuncio  TV/Radio

Amigo/Familiar \_\_\_\_\_  Medico/Dentista \_\_\_\_\_  Otros \_\_\_\_\_

Quién tiene la custodia legal del menor

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Relación Nombre/ Relación

El menor vive actualmente con:

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Relación Nombre/ Relación

Nos gustaría conocer más a su niño. Cuáles son sus gustos y preferencias Nombre de su mascota: \_\_\_\_\_

Color favorito: \_\_\_\_\_ Pasatiempos: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del pariente/ amigo más cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### ¿SU NIÑO ALGUNA VEZ:

Sí  No visitó a un dentista?

Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_ ciudad/estado: \_\_\_\_\_

Fecha de la última consulta. \_\_\_\_\_ ¿Se le tomaron radiografías? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Alguna vez ha tenido una desfavorable visita médica/dental? Si si, por favor, explique: \_\_\_\_\_