

**FICHA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIATRÍA**

- Nombre del paciente:
- Teléfono:
- ¿Actualmente están tomando algún medicamento? SI NO
- En caso afirmativo, ¿qué medicamentos?:
- Tu hijo/a tiene alguna alergia:
- En caso afirmativo, indique cuál:
- Su hijo/a presenta alguna discapacidad: SI NO
- En caso afirmativo, describir la naturaleza de la discapacidad:
- ¿Su hijo/a usa la comunicación verbal? SI NO
- ¿Su hijo/a tiene alguna otra discapacidad física que el equipo dental deba tener en cuenta?
  
- ¿Ha visitado su hijo/a al dentista antes? SI NO  
En caso afirmativo describa cuándo y con qué objetivo:
  
- Describa la rutina de cuidado dental de su hijo/a:
  
- Su hijo/a ¿usa un cepillo dientes eléctrico o manual?
- ¿Usa el hilo dental?
- ¿Cuáles son sus objetivos de salud dental para su hijo/a?
- ¿Con qué frecuencia se alimenta?
- Enumere cualquier problema de comportamiento específico que le gustaría que el equipo dental tenga en cuenta:
- Por favor enumere cualquier sonido específico al que su hijo/a es sensible:
  
- ¿Tiene su hijo/a preferencia al silencio? SI NO
- ¿El niño/a está más cómodo en una habitación con o sin luz?
- ¿El niño/a es sensible al movimiento y al estar en movimiento (es decir, si la silla dental se mueve hacia arriba y hacia abajo o hacia una posición reclinada)? SI NO
- ¿Su hijo/a tiene alguna sensibilidad oral específica (arcadas, las sensibilidades de las encías, etc)?  
Por favor explique:
- ¿El niño/a está más cómodo/a en un entorno ordenado?
- Por favor proporcione cualquier información adicional que pueda ayudarnos a prepararnos para una experiencia dental exitosa.
- Por favor sientase libre de traer objetos que se sean reconfortantes y/o placenteros para su hijo/a a cualquier visita al dentista