

Nombre de el/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi hijo/a se porta bien cuando:

Mi hijo/a le tiene miedo a:

Mi hijo/a estará más cómodo/a en su consultorio si:

Mi hijo/a tuvo una consulta exitosa con el dentista o una cita médica exitosa cuando:

Mi hijo/a tuvo un momento difícil en el dentista o en el médico cuando:

| Nombre de la medicación | ¿Para qué la toma? | ¿Cuántas veces por día? | Dosis/cantidad |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Preguntas sobre el cuidado de la salud bucal de mi hijo/a:

