



Conóceme

Información para el consultorio dental de su hijo

Padres: Llene este formulario con información de su niño. La información que brinde ayudará al personal del consultorio dental a comprender y satisfacer las necesidades de su niño. Lleve este formulario a la cita con el dentista de su niño.

Mi nombre: _____ Mi apodo: _____ Mi edad: _____

Nombre de mi padre y/o madre: _____

Cuando estoy en casa, hablo (por ejemplo: inglés, español): _____

Cuando no estoy con mis padres, estas personas me cuidan:

- Mi abuelo(a) Otro pariente Programa de Head Start Otro
 Mi hermano(a) Mi niño(a) Un programa de cuidado infantil

Esta es la primera vez que visito un consultorio dental: Sí No

Pienso que esta visita será (por ejemplo: divertida, un poco asustadora): _____

Estas son las cosas que me hacen sonreír o sentirme bien (por ejemplo: juguetes, juegos, frases): _____

Mis bebidas y mis alimentos favoritos son: _____

Cuando me porto bien, me gusta recibir (por ejemplo: una sonrisa, un abrazo, un elogio): _____

La mejor forma de ayudarme cuando siento timidez, miedo o inseguridad es (por ejemplo: tomar mi mano, darme un abrazo, decirme que lo estoy haciendo bien): _____

Mi familia tiene preguntas sobre cómo ayudarme a cuidar bien mi boca y mis dientes. Estas son sus preguntas: _____

Este recurso fue adaptado del texto original de Isman BA, Newton RN, con Bujold C y Baer MT, con autorización de los autores. 2000. *Planning Guide for Dental Professionals Serving Children with Special Health Care Needs (Guía de planificación para profesionales de la odontología que atienden a niños con necesidades especiales de cuidado de la salud)*. Los Ángeles, California: University of Southern California, University Center for Excellence in Developmental Disabilities, Children's Hospital Los Angeles.



ADMINISTRATION FOR
CHILDREN & FAMILIES



NATIONAL CENTER ON
Early Childhood
National Centers
Early Childhood Health and Wellness