

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: