



## Hoja de remisión para valoración de frenillo lingual

Favor de completar la siguiente información del paciente para su valoración especializada de función lingual y anquiloglosia.

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Nombre del paciente:         |  |
| Fecha de nacimiento:         |  |
| Edad:                        |  |
| Nombre del padre/madre:      |  |
| Teléfono de contacto:        |  |
| Pediatra / Médico remitente: |  |
| Motivo de referencia:        |  |

### *Información clínica*

|  |         |
|--|---------|
| Antecedentes clínicos relevantes       |         |
| Síndrome / condición médica:           |         |
| Historia de lactancia:                 |         |
| Dificultades de alimentación:          |         |
| Evaluación de reflejos (según edad):   |         |
| Vitamina K aplicada al nacimiento:     | Sí / No |
| Trastornos de coagulación / hemofilia: | Sí / No |

### *Datos de contacto Tiny Tongues*

|             |   |
|-------------|---|
| Dirección:  | Calle Guadalupe Victoria 9460 interior 302, Zona Urbana Río Tijuana, CP 22010 |
| WhatsApp:   | 664 337 5665  |
| Instagram:  | tiny_tongues.tj   |
| Facebook:   | TinyTonguesTijuana  |
| Página web: | www.tinytonguestijuana.com  |

### **Karla María Bonilla Chico** Odontopediatra

Universidad Autónoma de Baja California  
Céd. Prof.: 3976114 Céd. Esp.: 10487345 Céd. Esp.: 15098781  
Edificio REC 9460 interior 302 Calle Guadalupe Victoria Zona Urbana, Río Tijuana C.P. 22010  
664 637 5665