

Dental Screening Form – Forma de Evaluación Dental

Cuando se hacen los exámenes de salud para niños de Pre-Kinder, use la forma KHA. También debe completar una **Evaluación Dental** (10A NCAC 09 .3005 Evaluación de Salud Infantil).

Nombre del Niño: _____
Nació (fecha): ____/____/____
Sexo: Masculino Femenino
Padre o Guardián: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Teléfono: _____ **Escuela/Pre-Kinder:** _____

Nombre de la persona que realizó la examinación _____ Fecha ____/____/____

Clínica/Consultorio _____

Teléfono _____

Título Profesional (marque uno):

- Dentista
 Higienista Dental
 Doctor (Physician)
 Asistente de Doctor (Physician Assistant)
 Enfermera Registrada (Registered Nurse)
 Otro Profesional de Salud: _____

Caries en la Niñez Temprana:

- No hay caries o decaimiento dental actualmente, no se detectó problema
- Hay caries o decaimiento dental, necesita atención dental (Explique)
- Necesita Cuidado Urgente (explique)

Comentarios:

Firma (Signature) _____

Fecha (Date) _____