



New Hanover County Schools
Reach, Equip, Achieve

Early Childhood Education Program Verification of Dental Treatment

Child's Name: _____

Parent's Name: _____

Has child ever been seen by a dentist? ____Yes ____No

Name of Dentist: _____

Date of last dental exam: _____

- Needs no treatment at this time
- Needs a routine examination in the month of _____
- Needs the following services _____

- Appointment scheduled for _____

Additional Comments:

Decline Dental Services for child at this time _____
(Parent/Guardian Initials)

Do you have dental insurance? ____Yes ____No

What is the name of the dental insurance? _____

Is your child now receiving: Topical Fluoride Application ____No ____Unknown ____Yes
Fluoridated water? ____No ____Unknown ____Yes
Fluoride Supplement diet? (tablets__ liquid__) ____No ____Unknown

Signature of Dentist: _____ Date: _____

Provider Stamp Here



New Hanover County Schools
Reach, Equip, Achieve

Programa de Educación Temprana Verificación de Examen Dental

Nombre del niño(a): _____

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

¿El niño(a) alguna vez ha sido visto por un dentista? ____ Sí ____ No

Nombre de Dentista: _____

Fecha del último examen dental: _____

- No Necesita ningún tratamiento por ahora
- Necesita un examen sistemático en el mes de _____
- Necesita los servicios siguientes _____

- Cita programada para _____

Comentarios Adicionales:

Rehusó Servicios Dentales para mi niño en este tiempo _____
(Iniciales de Padre/Tutor Legal)

¿Usted tienen seguro dental? ____ Sí ____ No

¿Cuál es el nombre del seguro dental? _____

Su niño ahora recibe: Aplicación de Fluoruro Actual ____ No ____ No se ____ Sí

¿Agua con Fluoruro? ____ No ____ No se ____ Sí

¿Dieta de Suplemento de fluoruro? (tabletas ____ líquido ____) ____ No ____ No se

Firma del Dentista: _____ **Fecha:** _____

Provider Stamp Here