



Dental Screening Results/ Examen dental y resultados

Child's Name/Nombre del niño: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Screening/Examen

Carie Classification (Check box)/Clasificación de caries (marque una casilla): 1 2 3 0

Priority Criteria/Criterio para determinar prioridad:

- Priority #1 - immediate care
Prioridad #1 - Cuidado inmediato
- Priority #2 - extensive amount of decay
Prioridad #2 - Demasiada caries
- Priority #3 - obvious cavities
Prioridad #3 - Caries evidente
- Priority #0 - no obvious cavities
Prioridad #0 - No hay caries evidente

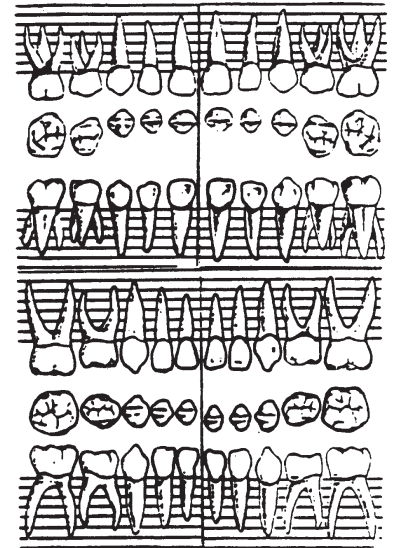
(Mark tooth decay area)
(Indique la parte afectada con caries)

Varnish received/Se le aplicó barniz: Yes/Sí No

Parent Refused Varnish/Los Padres no quisieron barniz: Yes/Sí No

Dental Professional Signature/Firma del dentista: _____

Date of screening/Fecha del examen: _____



Results/Resultados

- No follow-up needed at this time./No necesita seguimiento por el momento.
- Dental follow-up needed. Please make appointment with the dentist. Have dentist complete results portion of form and return to site./Necesita seguimiento. Por favor haga una cita con el dentista. Pídale al dentista que llene la sección de resultados del formulario y devuélvalo al plantel.

Dental Follow-Up/Seguimiento dental

Treatment in process/En tratamiento: _____

Date of next appointment/Fecha de la próxima cita: _____

Treatment completed (date)/Tratamiento completo (fecha): _____

Dentist Signature/Firma del dentista: _____ Date/Fecha: _____

If you do not have dental insurance or dentist, please see site staff for a list of providers and assistance./Si no tiene seguro dental o dentista particular, por favor pida ayuda al personal del plantel y una lista de proveedores.