



COACHELLA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CHILDREN AND FAMILY SERVICES
HEAD START PROGRAM

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 decay²
Prioridad #2 – demasiada caries

Priority #3 – obvious cavities
Prioridad #3 – caries evidente

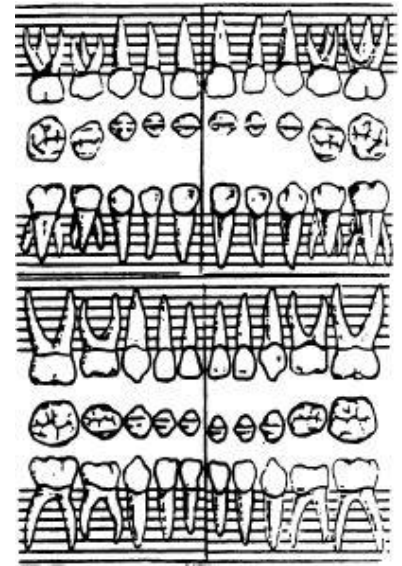
Priority #0 – no obvious cavities
Prioridad #0 – no hay caries evidente

Varnish received / Se aplico barniz: Yes/Si No

Parent Refuse Varnish / Los padres no quisieron barniz: Yes/Si No

Dental Professional Signature / Firma del dentista: _____

Date of Screening / Fecha del Examen: _____



Results / Resultados

No follow-up needed at this time. / No necesita seguiminetos 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 seguimientos. Por favor haga una cita con el dentista. Pídale al dentista que llene la sección de resultados del formulario.

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: _____ 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.