



# 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

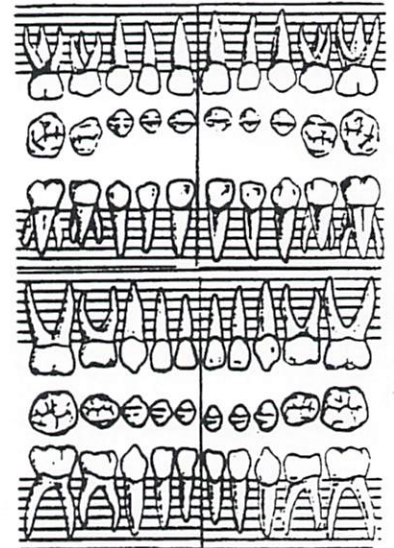
(Mark tooth decay area)  
(Indique la parte afectada con caries)

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.