



Programa de Educación Temprana



Verificación de Examen Dental

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

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) (fecha)

¿Usted tienen seguro dental? Sí No

¿Cuál es el nombre del seguro dental? _____

Su niño ahora recibe:

Aplicación de Fluoruro Actual Sí No No se

¿Agua con Fluoruro? Sí No No se

¿Dieta de Suplemento de fluoruro? Sí: (tabletas liquido) No No se

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

Provider Stamp Here

Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo.