

Lower Dauphin School DistrictESTADO DE PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH**INFORME DEL DENTISTA PRIVADO
SOBRE EL EXAMEN DENTAL DE UN ALUMNO EN EDAD ESCOLAR**

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ FECHA _____ 20 ____

NOMBRE DEL NIÑO			EDAD	SEXO	GRADO	SECCIÓN/SALA
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		☐ M ☐ F		

DIRECCIÓN

N.º y calle	Ciudad u oficina de correos	Distrito o municipio	Condado	Estado	Código postal
-------------	-----------------------------	----------------------	---------	--------	---------------

INFORME DEL EXAMEN

	TABLA DENTAL																
	DERECHO								IZQUIERDO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
SUPERIOR				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				Superior
INFERIOR	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	Inferior
SUPERIOR																	Superior
INFERIOR																	Inferior

¿Está en tratamiento el niño?

Sí ☐No ☐

Tratamiento finalizado

Sí ☐No ☐_____
Fecha del examen dental_____
Firma del examinador dental_____
Nombre del examinador en letra de imprenta_____
Dirección