

H514.027 (2/2024)

MANCOMUNIDAD DE PENSILVANIA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE ODONTÓLOGO PRIVADO
EXAMEN/REVISIÓN DENTAL DE UN ALUMNO EN EDAD ESCOLAR

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ FECHA _____ 20__

NOMBRE DEL ESTUDIANTE			FECHA DE NACIMIENTO	SECCIÓN/HABITACIÓN DE GRADO
Último	Primero	Medio		
DIRECCIÓN				

No. y Calle _____ Oficina de correos o de la ciudad _____ Municipio/Distrito _____ Condado _____ Estado _____
Cremallera

INFORME DE EXAMEN/REVISIÓN

		<u>TABLA DE DIENTES</u>																
		DERECHA								IZQUIERDA								
		<u>1</u>	<u>2</u> <u>3</u> <u>4</u>	—	—	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u> <u>15</u>	<u>16</u>	—	
<u>SUPERIOR</u>					A	B	do	D	mi	F	canal	H	I	J				Superior
<u>MÁS BAJO</u>		<u>32</u> <u>31</u>	<u>30</u> <u>29</u>	—	—	<u>28</u>	<u>27</u>	<u>26</u>	<u>25</u>	<u>24</u>	<u>23</u>	<u>22</u>	<u>21</u>	<u>20</u>	<u>19</u> <u>18</u>	<u>17</u>	—	Más bajo
<u>EXAMEN</u>	<u>SUPERIOR</u>																	Superior
	<u>MÁS BAJO</u>																	Más bajo

Caries sin tratar: _____ No Sí

Caries tratadas: _____ No Sí

Sellantes en molares permanentes No _____ Sí

Urgencia del tratamiento: _____ Ninguno temprano _____ Urgente

Fecha

Firma del proveedor dental Nombre impreso del dentista

Dirección del proveedor dental