



DENTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Brooke Rushing, BSN, RN

Registered School Nurse

brushing2@dentonisd.org

Ann Windle School for Young Children

901 Audra Lane

Denton, Texas 76209

Phone: 940-369-3906

Fax: 940-304-3446

VISITA AL DENTISTA PARA ESTUDIANTES NUEVOS Y ANTIGUOS 2026-2027

- REF:** Formulario para la visita al dentista
- QUIÉN:** Todos los estudiantes antiguos y nuevos que piensan participar en el programa de Head Start en el año escolar 2026-2027.
- QUÉ:** Formulario para ser entregado cuando vaya al dentista.
- DÓNDE:** Se pedirá en forma **obligatoria** el formulario **completado** de la visita al dentista cuando llegue a la puerta para continuar el proceso de las inscripciones. Si su hijo/a no a ido al dentista en los últimos seis meses, por favor fije una cita con el dentista **antes** de la fecha de su cita y antes de que no pueda obtener una cita en la temporada alta de otoño. Si el formulario dental no ha sido completado antes de la fecha y hora de la evaluación, es posible que su niña/o sea colocada/o en la lista de prioridad o espera. Por favor no olvide pedir la firma del dentista en su formulario. **No habrá excepciones.**
- ENTREGUE A:** La enfermera, Brooke Rushing (940) 369-3906
- PREGUNTAS:** Por favor dirija todas sus preguntas a nuestra enfermera, a la asistente de servicios familiares y a la trabajadora social.



Head Start Oral Health Form—Children

Patient Information

Child's name	Date of birth	Parent's/guardian's name	Phone number
Address		City	State Zip code

This practice is the child's dental home: ☐ Yes ☐ No

Current Oral Health Status

Does the child have any teeth with untreated decay? ☐ Yes (decay) ☐ No (decay free)

Does the child have any teeth that have previously been treated for decay, including fillings, crowns, or extractions? ☐ Yes ☐ No

Are there treatment needs? ☐ Yes, urgent ☐ Yes, not urgent ☐ No treatment needs

Oral Health Care Services Delivered During Visit

Diagnostic/Preventive Services

Examination: ☐ Yes ☐ No
X-rays: ☐ Yes ☐ No
Risk assessment: ☐ Yes ☐ No
Cleaning: ☐ Yes ☐ No
Fluoride varnish: ☐ Yes ☐ No
Dental sealants: ☐ Yes ☐ No

Counseling/Anticipatory Guidance

☐ Yes ☐ No

Referral to Specialty Care

☐ Yes ☐ No

(Please specify specialist)

Restorative/Emergency Care

Fillings: ☐ Yes ☐ No

Crowns: ☐ Yes ☐ No

Extractions: ☐ Yes ☐ No

Emergency care: ☐ Yes ☐ No

Other: _____
(Please specify)

Future Oral Health Care Services

All treatment completed: ☐ Yes ☐ No

Next recall date: _____ / _____ (month/year)

More appointments needed for treatment? ☐ Yes ☐ No

If yes: Approximate number of appointments needed: _____ Next appointment: Date: _____ Time: _____

Additional Information for Parents, Head Start Staff, and Medical Providers

Oral Health Provider's Contact Information and Signature

Provider name (please print)	Phone number	Fax number
Practice name	Address	
Provider signature	Date of service	