

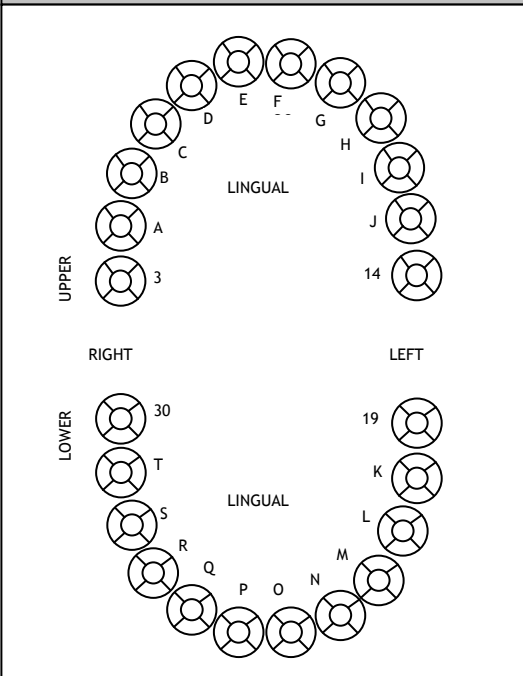
JEFFERSON COUNTY HEAD START
 Serving Jefferson, Clear Creek, Gilpin, and Park counties
EVALUACION DE SALUD DENTAL

NOMBRE DEL NIÑO/A:	FECHA NACIMIENTO:	ESCUELA:
--------------------	-------------------	----------

SECTION 1 - LLENAR POR EL/LA PADRE/MADRE

1. ¿Tiene su niño algún problema con los dientes, encías o boca? Si ____ No ____
 Si contesto si por favor explique: _____
2. ¿A visto su niño al dentista alguna vez? Si ____ No ____
 Nombre del Dentista: _____ Fecha de última visita: _____
3. ¿Se lava su niño los dientes todos los días? Si ____ No ____
 ¿Cuántas veces al día? / ¿Cuándo? _____
4. ¿Está tomando su niño algún medicamento ? Si ____ No ____ Si contesto si. Cual? _____
5. ¿Es su niño alérgico a algún medicamento? Si ____ No ____
 Si contesto si por favor explique la reacción: _____
6. ¿Tiene su niño aseguranza dental? Si ____ No ____ ¿Cuál? _____

SECTION 2 - LLENAR POR DENTISTA



Visual Screening - Date Completed: _____	
	Routine Care No Obvious Cavities
	Attention Soon Obvious cavities (# _____ of cavities)
	Urgent Care Infection or other care needed

Treatment	Date	Comments
Cleaning		
Fluoride		
X-Rays		
Fillings		
Sealants		
Extraction		
Restoration		

Treatment is complete: Yes No

Please list any dental notes or additional treatment needed:

SIGNATURE OF DENTIST:	NAME OF CLINIC/OFFICE (PLEASE PRINT):	PHONE NUMBER:
-----------------------	---------------------------------------	---------------

Date of most recent exam:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this the child's dental home?	Next appointment:
---------------------------	---	-------------------