

### Dental Screening Form – Forma de Evaluación Dental

Cuando se hacen los exámenes de salud para niños de Pre-Kinder, use la forma KHA. También debe completar una **Evaluación Dental** (10A NCAC 09 .3005 Evaluación de Salud Infantil).

|   |
|---|
| <b>Nombre del Niño:</b> _____                           |
| <b>Nació (fecha):</b> ____/____/____                    |
| <b>Sexo:</b> Masculino      Femenino                    |
| <b>Padre o Guardián:</b> _____                          |
| <b>Dirección:</b> _____                                 |
| <b>Ciudad:</b> _____                                    |
| <b>Teléfono:</b> _____ <b>Escuela/Pre-Kinder:</b> _____ |

Nombre de la persona que realizó la examinación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clínica/Consultorio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Título Profesional (marque uno):**

- \_\_\_ Dentista
- \_\_\_ Higienista Dental
- \_\_\_ Doctor (Physician)
- \_\_\_ Asistente de Doctor (Physician Assistant)
- \_\_\_ Enfermera Registrada (Registered Nurse)
- \_\_\_ Otro Profesional de Salud: \_\_\_\_\_

**Caries en la Niñez Temprana:**

- No hay caries o decaimiento dental actualmente, no se detectó problema
- Hay caries o decaimiento dental, necesita atención dental (Explique)
- Necesita Cuidado Urgente (explique)

|   |
|---|
| <b>Comentarios:</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|---|

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

Fecha (Date) \_\_\_\_\_