

Examen Dental de Ingreso Escolar

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial 2º nombre)
Dirección _____
Ciudad/Código postal _____
Escuela _____
Nombre del dentista _____ Teléfono del dentista _____

LO SIGUIENTE A COMPLETAR POR EL DENTISTA QUE REALIZA EL EXAMEN:

1. Caries sin tratar en dientes de leche....._Sí__No
2. Caries sin tratar en dientes permanentes....._Sí__No

Si la respuesta es sí en 1 o 2 arriba, por favor conteste a, b y c abajo.

- a. Se trata de caries de infancia temprana/caries del biberón (afectando a los dientes anteriores maxilares, seguidos de los primeros molares; los incisivos mandibulares pueden no estar afectados)....._Sí__No
 - b. Se trata de caries rampantes en dientes permanentes....._Sí__No
 - c. El niño tiene dolor, infección o ambos....._Sí__No
3. La oclusión se encuentra dentro de los límites normales para la edad....._Sí__No
Si no, se recomienda seguimiento inmediato....._Sí__No
 4. Higiene oral....._óptima__necesita mejorar
 5. Éste es el primer examen dental del niño....._Sí__No
 6. Se ha completado todo el tratamiento dental necesario....._Sí__No
Si no, se ha fijado una cita para completar el tratamiento....._Sí__No

COMENTARIOS:

Firma del dentista _____ Fecha _____