

Dental Assessment Form



Padres de Familia: por favor complete la parte superior de esta forma – después de que el dentista complete la parte de abajo la firme y le ponga la fecha

Nombre de Niño(a) _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Apellido-s) (Nombre)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado/Código Postal)

Nombre del Padre/Tutor: _____ **Teléfono:** _____

Si No

- ¿Tiene alguna preocupación sobre la salud, peso, desarrollo o conducta de su niño?
- ¿Sufre algún miembro de su familia alguna enfermedad que ha afectado su salud, peso, desarrollo o conducta? (Por favor, explíquelo en la sección de comentarios)
- ¿Ha visto a su niño algún proveedor por alguna preocupación con su salud, peso, desarrollo o conducta?
- ¿Ha tenido su niño una evaluación dental en los últimos 12 meses?
- ¿Ha tenido su niño una consulta de salud con un médico en los últimos 12 meses?

Comentarios:

Consentimiento de los padres: Estoy de acuerdo con que el proveedor de atención médica y el personal de la escuela de mi niño conversen sobre la información de este formulario y permita que el Departamento de Salud y Servicios Humanos recolecten y analicen la información de este formulario para entender mejor las necesidades de salud de los niños en Carolina del Norte.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Examination and Treatment Record (List recommended services in order)

Tooth # or Letter	Description of work	Timeline	Date Services performed Mo/Day/Yr

Dental Needs (Circle all that apply)

- A. Treatment (restoration, Pulp therapy, Extraction) B. Cleaning C. Fluoride D. Other E. No Problems

Child Oral Health Summary

All planned treatment (____ is, ____ is not) complete. If not complete, explain here as well as items circled.

- a. Routine Recall visits
- b. Dietary problems
- c. Harmful oral habits
- d. Special home emphasis on oral hygiene
- e. Developmental problems
- f. Needs fluoride supplement

I certify that I have completed the service(s) listed in this section and that the information on this form is accurate and completed to the best of my knowledge:

Providers Name: _____
 Providers Signature: _____ Date: _____
 Practice/Clinic Name: _____ Phone: _____
 Provider Address: _____