

Dental Assessment Form



Padres/Tutor favor de completar la parte superior y regresar esta forma a la escuela de su niño(a) o a Smart Start Rowan, después de que el dentista haya **completado, firmado y fechado** la parte de abajo.

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

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

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

SI NO

¿Ha tenido su niño(a) una evaluación dental en los últimos 12 meses?

¿Tiene alguna preocupación sobre la salud dental de su niño(a)? (Si es así, por favor enlístelas en la sección de comentarios)

Comentarios:

Consentimiento de los padres: Estoy de acuerdo con que el personal médico y de la escuela de mi hijo(a) 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 del Padre/Madre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Dental Exam Findings

No cavities/decay present or no obvious problems Cavities/decay present or dental care needed (see below)

Dental Needs (Circle all that apply)

- A.** Treatment needed **B.** Cleaning **C.** Fluoride **D.** Routine Recall visits needed
E. Special home emphasis on oral hygiene needed **F.** Dietary problems **G.** Developmental problems
H. Harmful oral habits **I.** Other _____

Comments: _____

I certify that I have provided a dental exam 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: _____