

## 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).

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_  
**Nació (fecha):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Sexo:** Masculino      Femenino  
**Padre o Guardián:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Escuela/Pre-Kinder:** \_\_\_\_\_

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)

### Comentarios:

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

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