

(_____)
Nombre del Paciente

(_____)
Numero de Identificación

LAS SONRISAS DE LOS NIÑOS

Examen de la Salud Bucal, Aplicación de Esmalte de Fluoruro, Programa de Educación y Remisión

Expediente Personal (como parte del expediente de salud)

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre del Padre/Madre: _____ **Edad:** _____

Dirección: _____

Entiendo que mi niño será examinado por _____, esmalte de fluoruro será aplicado a los dientes infantiles de mi niño, materiales de educación y consejos serán proveídos en relación con la salud bucal de mi niño y de mi propia salud bucal, y si es necesario, se hará una remisión a un dentista local. Entiendo que este programa se debe repetir cada seis meses hasta que mi bebe tenga por lo menos 5 años de edad para sacar el mejor beneficio. Entiendo que los dientes de mi bebé podrían ponerse amarillos por dos o tres días debido al esmalte pero que regresaran al color original. Entiendo que no habrá ningún cargo para mi ni para mi familia por este servicio.

FIRMADO: _____ **Fecha:** _____

Padre o Madre/Guardián

Primera Visita: ¿Historia Medica Significante? Sí No Describa: _____
¿Alguna Historia Dental? Sí No Describa: _____

Examen: ¿Hay alguna Carie en los dientes de leche? Sí No # De dientes con caries ____
¿Manchas Blancas? Sí No
No. Total de dientes ____ ¿Otros descubrimientos bucales? Sí No
Describe: _____

Esmalte de Fluoruro aplicado? Sí No Si no fue aplicado, ¿por que no? _____

Educación: ¿Fueron los Materiales entregados al padre? Sí No ¿Fue aconsejado el padre? Sí No

¿Fue Remitido a un dentista local? Sí No Nombre del dentista: _____

FIRMA/ Licencia del Proveedor: _____ **Fecha:** _____

Segunda Visita: ¿Faltó a una cita? Sí No Comentarios: _____
¿Cambio en Historia Médica? Sí No Describa: _____
¿Cambio en Historia Dental? Sí No Describa: _____

Examen: ¿Hay alguna Carie en los dientes de leche? Sí No # De dientes con caries ____
¿Manchas Blancas? Sí No
No. Total de dientes ____ ¿Otros descubrimientos bucales? Sí No
Describe: _____

Esmalte de Fluoruro aplicado? Sí No Si no fue aplicado, ¿por que no? _____

Educación: ¿Fueron los materiales entregados al padre? Sí No ¿Fue aconsejado el padre? Sí No

¿Fue Remitido a un dentista local? Sí No Nombre del dentista: _____

FIRMA/ Licencia del Proveedor: _____ **Fecha:** _____