

# Formulario de Salud Bucal de Head Start — Niños

## Información sobre el paciente

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre del padre/la madre/el tutor \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Este consultorio es el lugar de atención habitual del niño:    Sí    No

## Estado de salud bucal actual

¿Tiene el niño dientes con caries no tratadas?    Sí (con caries)    No (sin caries)  
¿Tiene el niño algún diente que haya sido tratado previamente por caries, incluidos empastes, coronas o extracciones?    Sí    No  
¿Se necesita algún tratamiento?    Sí, con urgencia.    Sí, sin urgencia.    No se necesita ningún tratamiento

## Servicios de atención médica bucal prestados durante la visita

Servicios de diagnóstico/preventivos	Asesoramiento/Orientación anticipada	Atención de emergencia/restauración
Examinación:    Sí    No	Sí    No	Empastes:            Sí    No
Rayos X:        Sí    No		Coronas:             Sí    No
Evaluación de riesgo:    Sí    No	<b>Derivación a atención especializada</b>	Extracciones:        Sí    No
Limpieza:        Sí    No	Sí    No	Atención de emergencia:    Sí    No
Fluoride varnish:    Sí    No	_____	Otro: _____
Selladores dentales:    Sí    No	(Indicar especialista)	(Indicar)

## Futuros servicios de atención médica bucal

Todos los tratamientos completados:    Sí    No      Próxima fecha de visita: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mes/año)  
¿Se necesitan más citas para el tratamiento?    Sí    No  
Si la respuesta es "sí": Cantidad aproximada de citas necesarias: \_\_\_\_\_      Próxima cita: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Información adicional para los padres, el personal de Head Start y los profesionales médicos

## Información de contacto y firma del profesional de salud bucal

Nombre del profesional (*en imprenta*) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_  
Nombre del consultorio \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Firma del profesional \_\_\_\_\_ Fecha del servicio \_\_\_\_\_

Este documento fue desarrollado con fondos del subsidio n.º 90HC0013 para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración para Niños y Familias, Oficina de Head Start, Oficina de Atención Infantil, y la Administración de Servicios y Recursos de Salud, Oficina de Salud Materno-Infantil del Centro Nacional de Salud y Bienestar de la Primera Infancia. Este recurso puede ser reproducido sin autorización para usos no comerciales.



ADMINISTRATION FOR  
**CHILDREN & FAMILIES**



NATIONAL CENTER ON  
Early Childhood Health and Wellness