

Formulario de Salud Bucal de Head Start

Información sobre el paciente

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

Current Oral Health Status

¿Tiene el niño o la madre embarazada dientes con caries no tratadas? Sí (con caries) No (sin caries)
¿Tiene el niño o la madre embarazada algún diente que haya sido tratado previamente por caries, incluidos empastes, coronas o extracciones? Sí No
¿Tiene la mujer embarazada periodontitis? 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	Derivación a atención especializada	Extracciones: Sí No
Limpieza: Sí No	Sí No	Atención de emergencia: Sí No
Fluoride varnish: Sí No	_____	Otro: _____
Selladores dentales: Sí No	<i>(Indicar especialista)</i>	<i>(Indicar)</i>

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 pacientes, 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 _____