

# Formulario de Salud Bucal de Head Start — Mujeres embarazadas

## Información sobre la paciente

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Este consultorio es el lugar de atención habitual de la paciente    Sí    No

## Estado de salud bucal actual

¿Tiene la paciente dientes con caries no tratadas?    Sí ( con caries)    No (sin caries)  
¿Tiene la paciente 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	<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	<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 \_\_\_\_\_