

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	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 _____