



Informe de salud oral

Fecha de servicio _____

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____

El día de hoy su hijo/a fue atendido/a por un **dentista o higienista dental**

Los servicios de hoy incluyeron:

- _____ Evaluación oral / detección
- _____ Educación / Instrucción de Higiene Oral
- _____ Limpieza dental (profilaxis infantil)
- _____ Tratamiento de fluoruro
- # _____ Selladores colocados en las superficies de masticación de los dientes

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Hoy **NO SE REALIZÓ UN** examen dental.

Recomendamos que su hijo/a vea a su dentista en:

- _____ 6 meses para su chequeo dental normal
- _____ Dentro de 1 mes, hemos notado áreas de preocupación
- _____ Esta semana, hemos descubierto necesidades URGENTES.

Comentarios: _____

_____ DDS/DMD/RDH

Su hijo tiene o nunca ha experimentado caries dentales

Por favor lleve este formulario a la próxima cita dental de su hijo



Informe de salud oral

Fecha de servicio _____

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____

El día de hoy su hijo/a fue atendido/a por un **dentista o higienista dental**

Los servicios de hoy incluyeron:

- _____ Evaluación oral / detección
- _____ Educación / Instrucción de Higiene Oral
- _____ Limpieza dental (profilaxis infantil)
- _____ Tratamiento de fluoruro
- # _____ Selladores colocados en las superficies de masticación de los dientes

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Hoy **NO SE REALIZÓ UN** examen dental.

Recomendamos que su hijo/a vea a su dentista en:

- _____ 6 meses para su chequeo dental normal
- _____ Dentro de 1 mes, hemos notado áreas de preocupación
- _____ Esta semana, hemos descubierto necesidades URGENTES.

Comentarios: _____

_____ DDS/DMD/RDH

Su hijo tiene o nunca ha experimentado caries dentales

Por favor lleve este formulario a la próxima cita dental de su hijo