

Absent     Absent     Uncooperative     LR     Withdrawn  
 Absent     Absent     Uncooperative     LR     Transfer Site



# EVALUACIÓN DENTAL Y LA FORMA DE BARNIZ DE FLUORURO

## SECCIÓN 1 (EN LETRA DE IMPRENTA) | PARA SE COMPLETADO DURANTE LA INSCRIPCIÓN

### Información General

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Identificación del niño: \_\_\_\_\_ Head Start Center: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 PA/FSW Name: \_\_\_\_\_ PA/FSW Phone No: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  Niño  Niña Maestro/Nombre de clase: \_\_\_\_\_  
 Etnicidad/Raza del niño (seleccione):  Hispano  No-Hispano/Anglo  Negro/Afroamericano  
 Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawaii/Islands del Pacifico  Multi-racial  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

### Historial Dental

¿Tiene su hijo seguro dental?  Sí  No Si tiene, nombre del seguro \_\_\_\_\_  
 Seleccione la opción adecuado si su hijo tiene:  CHIP  Medicaid Incluya número de tarjeta: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista/Clinica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 ¿Que tan seguido visita su hijo al dentista?  Cada 3-4 meses  Cada 6-12 meses  Sin regularidad  Nunca  
 ¿Cepilla usted diariamente los dientes de su niño/niña con pasta dental que contiene fluoruro?  Sí  No  
 ¿Alguna vez tuvo su hijo caries?  Sí  No  
 Liste cualquier problema con los dientes, encías o boca de su hijo: \_\_\_\_\_

### Historial Medico

¿Ha tenido su hijo algún problema grave de salud?  Sí  No, explique: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene su hijo alergia a algún alimento o medicamento?  Sí  No Por favor liste: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Participación

La información contenida en este formulario tiene el propósito de informarle acerca del tratamiento dental que su hijo recibirá a través del programa de salud oral Head Start. Estos servicios no reemplazan los servicios dentales proporcionados por su dentista o clínica comunitaria. Si lo necesita, el San Antonio Metropolitan Health Distrito (SAMHD) puede ayudarle a localizar una clínica dental.

**Sí.** Doy permiso a que mi hijo participe en el programa de Head Start Oral Prevención de la Salud, el cual incluye una evaluación dental limitada y tratamiento de barnizo de flúor dos veces por año escolar. Entiendo que un dentista de la Ciudad de San Antonio (Metropolitan Health District) llevara a cabo una evaluación dental y proporcionara una recomendación sobre el estado de salud dental de mi hijo. Doy permiso para que mi hijo reciba, bajo la supervisión de un dentista, un tratamiento de barnizo de flúor **gratuito** proporcionado por el Metropolitan Health District. El barnizo de flúor es un tratamiento dental simple y sin dolor que es efectivo para prevenir deterioro de los dientes en niños. Me han notificado que la información médica de mi hijo será mantenida en confidencia y que puedo revisar la póliza de HIPAA del Metropolitan Health District HIPAA con solo visitar la página de internet <http://www.sanantonio.gov/health> o puedo solicitar una copia llamando al 210. 207.8841.

**No.** No doy permiso a que mi hijo participe en el programa de Head Start Oral Prevención de la Salud  No Consent

Tutor Padres (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## SECTION 2: EVALUATION AND TREATMENT RECORD | THIS SECTION IS COMPLETED BY SAMHD

✓	Services Provided	Code	Date of Service	Provider Initials
	Limited Oral Evaluation	Fall		
	Fluoride Varnish	Fall		
	Limited Oral Evaluation	Spring		
	Fluoride Varnish	Spring		

**Fall**

**Spring**

<b>FINDINGS OF INITIAL EXAM</b> <input type="checkbox"/> EARLY CHILDHOOD CARIES   Maxillary Arch (#C - #H) <input type="checkbox"/> CARIES EXPERIENCE   Treated or Untreated decay <input type="checkbox"/> CLASS ONE   Urgent, Needs attention immediately <input type="checkbox"/> CLASS TWO   Needs attention soon <input type="checkbox"/> CLASS THREE   No obvious signs of dental disease	<b>ORAL HEALTH SUMMARY</b> <input type="checkbox"/> COMPLETE No treatment needed Child has dental home <input type="checkbox"/> NOT COMPLETE Treatment needed Needs dental home
--	---

I certify that I have completed the services listed above  
 Dentist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## SECTION 3: FINDINGS OF FOLLOW-UP DENTAL ASSESSMENT | THIS SECTION COMPLETED BY SAMHD

### FINDINGS OF FOLLOW UP DENTAL ASSESSMENT

Treatment appears to be completed  
 Treatment appears to be in progress  
 No signs that treatment has been initiated  
 EARLY CHILDHOOD CARIES | Maxillary Arch (#C - #H)  
 CARIES EXPERIENCE | Treated or Untreated decay

CURRENT ORAL HEALTH STATUS:  Class I  Class II  Class III

Progress Notes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dentist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_