



CERTIFICADO DE EXAMEN DENTAL DEL Departamento de Salud Pública de Iowa

**Este certificado no es válido a menos que todos los campos estén completos.
DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE NIÑOS.**

Información del estudiante (por favor imprimir)

Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento (M / D / AAAA):
Nombre del padre o tutor:	Teléfono (casa o móvil):	
Dirección:	Ciudad:	Condado:
Nombre de la escuela primaria o secundaria:	Nivel de grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer

Información de detección (proveedor de atención médica debe completar esta sección)

Fecha del examen dental: _____

Necesidades de tratamiento (marque UNO solo según los resultados de la evaluación, antes de los servicios de tratamiento brindados)

- Sin problemas obvios** - Los tejidos duros y blandos del niño parecen estar visualmente sanos y no hay ninguna razón aparente para que el niño sea visto antes del próximo chequeo dental de rutina.
- Requiere cuidado dental** - se sospecha caries¹ o una lesión de mancha blanca² en uno o más dientes, o se sospecha una infección de las encías³.
- Requiere atención dental urgente** - Hay caries dentales obvias¹ en uno o más dientes, hay evidencia de lesión o infección severa, o el niño está experimentando dolor.

¹ Caries: una cavidad u orificio visible en un diente con coloración marrón o negra, o una raíz retenida.

² Lesión de mancha blanca: área desmineralizada de un diente, que generalmente aparece como una mancha blanca calcárea o una línea blanca cerca de la línea de las encías. Una lesión de mancha blanca se considera un indicador temprano de caries, especialmente en los dientes primarios (de leche). ³ Infección de las encías: el tejido de las encías (gingival) está enrojecido, sangrando o inflamado.

Proveedor de exámenes de detección (marque solo UNO):

DDS / DMD RDH MD / DO Pensilvania RN / ARNP (La evaluación de la escuela secundaria debe ser proporcionada por DDS / DMD o RDH)

Nombre del proveedor: (por favor imprimir) _____ Teléfono: _____

Dirección comercial del proveedor: _____

Firma y credenciales

del Proveedor o Registrador *: _____ Fecha: _____

* Registrador: un proveedor autorizado (DDS / DMD, RDH, MD / DO, PA o RN / ARNP) puede transferir información a este formulario desde otra documento de salud. El otro documento de salud debe adjuntarse a este formulario.

Un examen de detección no reemplaza un examen realizado por un dentista.

Los niños deben someterse a un examen completo por parte de un dentista al menos una vez al año.

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE NIÑOS.

Departamento de Salud Pública de Iowa • Centro de salud bucal

515-242-6383 • 866-528-4020 • <http://idph.iowa.gov/ohds/oral-health-center>

Una persona designada por la junta de salud local o el Departamento de Salud Pública de Iowa puede revisar este certificado con fines de encuesta.