DC | HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Formulario de evaluación de salud bucal

Para todos los estudiantes de 3 años o más, utilice este formulario a fin de informar el estado de salud bucal a su escuela/instalación de cuidado infantil.

Instrucciones

- Complete la parte 1 que figura a continuación. Lleve este formulario al proveedor de servicios odontológicos del niño/estudiante. El proveedor de servicios odontológicos debe completar la parte 2.
- Entregue el formulario completo y firmado a la escuela del estudiante o a la instalación de cuidado infantil.

Parte 1: Información del estudiante/niño (que debe completar el padre/madre/tutor)

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre de la escuela o instalación de cuidado infantil _____

Identificación del estudiante _____ Fecha de nacimiento (MMDDAAAA): ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Identidad de género actual: _____

Domicilio particular: _____ Estado de residencia: _____ Código postal particular ☐☐☐☐☐

Escuela Grado	Guardería	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Educación para adultos
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Parte 2: Estado de salud bucal del estudiante/niño (que el proveedor de servicios odontológicos debe completar)

	Sí	No
1. ¿El paciente tiene al menos un diente con **cavidad a simple vista** (caries sin tratamiento)? Esto NO incluye hoyos ni fisuras manchadas que no tengan una ruptura visible de la estructura del esmalte o lesiones desmineralizadas no cavitadas (es decir, manchas blancas).	☐	☐
2. ¿El paciente tiene al menos un **diente con caries con tratamiento?** Esto incluye cualquier diente con amalgama, resina compuesta, restauraciones temporales o coronas como resultado del tratamiento de la caries dental.	☐	☐
3. ¿El paciente tiene al menos un diente molar permanente con un **sellador con retención parcial o total?**	☐	☐
4. ¿El paciente tiene caries sin tratamiento u otros problemas de salud bucal que requieran **atención antes de su revisión de rutina? (Necesidad de atención temprana)**	☐	☐
5. ¿El paciente experimenta **dolor, absceso o hinchazón? (Necesidad de atención urgente)**	☐	☐

6. ¿Cuántos **dientes primarios** en la boca del paciente están afectados por caries que:
   - **a. No se han tratado?** ☐☐
   - **b. Se han tratado con rellenos/coronas?** ☐☐
7. ¿Cuántos **dientes permanentes** en la boca del paciente están afectados por caries que:
   - **a. No se han tratado?** ☐☐
   - **b. Se han tratado con rellenos/coronas?** ☐☐
   - **c. Se han extraído por caries?** ☐☐
8. ¿Qué tipo de seguro dental posee el paciente? Medicaid ☐ Seguro privado ☐ Otro ☐ Ninguno ☐

Nombre del proveedor de servicios odontológicos _____ Sello de la oficina de odontología

Firma del proveedor de servicios odontológicos _____

Fecha del examen odontológico _____

Este formulario reemplaza la versión anterior del Formulario de evaluación de salud bucal del DC utilizado para ingresar a las escuelas del DC, a todos los programas de Head Start y a los centros de cuidado infantil. Este formulario está aprobado por DC Health y es un documento confidencial. La confidencialidad se mantiene en conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPPA) para los proveedores de atención médica y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) para las escuelas del DC y otros proveedores.