



## COMPROBANTE DE FORMULARIO DE EXAMEN DENTAL PARA LA ESCUELA

La ley del Estado de Illinois (Código de Exámenes de Salud Infantil, punto 77 del Código Administrativo 665) indica que todos los niños en el jardín de infancia, así como en los grados segundo, sexto y noveno de cualquier escuela pública, privada o parroquial, se someterán a un examen dental. El examen tendrá lugar en el plazo de 18 meses antes del 15 de mayo del año escolar. Un dentista profesional deberá llevar a cabo el examen, así como firmar y ponerle fecha a este comprobante de formulario de examen dental para la escuela. Si no puede procurarle este examen obligatorio a su hijo, llene un Formulario de Exención de Examen Dental por separado.

Este importante examen le permitirá saber si existen problemas al nivel de los dientes que requieran la atención de un dentista. Los niños necesitan una buena higiene bucal para conversar con confianza, expresarse, estar saludables y preparados para el aprendizaje. La mala higiene bucal ha estado vinculada con un bajo rendimiento en la escuela, relaciones sociales deficientes y menos éxito en etapas posteriores de la vida. Por tal motivo, le agradecemos al hacer este aporte a la salud y bienestar de su hijo.

### Para uno de los padres o el tutor (escriba en letra de molde)

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento:(mes/día/año) / /
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Nombre de la escuela:	Código postal		Nivel de grado:	
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
De las siguientes categorías raciales, elija la que refleje con mayor claridad el reconocimiento de la comunidad del estudiante o con el que el estudiante se identifique en mayor medida.				
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Hispana o latina	<input type="checkbox"/> Asiática	
<input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o isleña del Pacífico	<input type="checkbox"/> Mestiza		

### Para el dentista

Fecha del examen más reciente: \_\_\_\_\_ (seleccione todos los servicios que se presentaron a la fecha de este examen)

Limpieza dental     Aplicación de sellador dental     Tratamiento con flúor     Reparación de dientes cariados

#### Estado de salud bucal (seleccione todos los que correspondan)

Sí  No    **Presencia de selladores dentales en los molares permanentes**

Sí  No    **Experiencia con caries/antecedentes de reparación:** empaste (temporal/permanente) O diente ausente porque se extrajo a consecuencia de una caries O ausencia de primeros molares permanentes.

Sí  No    **Caries sin tratar:** pérdida de al menos 1/2 mm de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración de parda a parda oscuro en las paredes de la lesión. Estos criterios corresponden a lesiones con caries en forma de hoyo o fisura, así como otras superficies blandas del diente. Si se mantuvo la raíz, asuma que la caries destruyó el diente completo. Los dientes fracturados o astillados, así como los que tienen empastes temporales, se consideran sanos, a menos que haya presencia de lesión con caries.

Sí  No    **Tratamiento urgente:** absceso, nervio expuesto, estado avanzado de la enfermedad, señales o síntomas que incluyen dolor, infección o inflamación.

#### Necesidades de tratamiento (seleccione todas las que correspondan). Enumere la fecha de consulta o fecha en que se llevó a cabo el tratamiento más reciente.

**Reparación:** amalgamas, compuestos, coronas, etc.    Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**Cuidados preventivos:** aplicación de sellador dental, tratamiento con flúor, profilaxis    Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**Se recomienda remisión a dentista pediátrico**    Fecha en que realizó el tratamiento: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio dental: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina. \_\_\_\_\_

Firma del dentista \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

