



**ESTADO DE RHODE ISLAND  
HOJA DE EVALUACIÓN DENTAL EN LA ESCUELA**

Escuela:	
----------	--

<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Grado:</b>	<b>Salón de Clase:</b>
-------------------------------	---------------	------------------------

**RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DENTAL**

<p><b>Recomendaciones de tratamientos dentales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Su niño no tiene <b>problemas dentales obvios</b>. Por favor recuerde que su niño debe visitar al dentista regularmente para chequeos de rutina.</p> <p><input type="checkbox"/> Puede que su niño tenga problemas que <b>deben ser evaluados por un dentista</b>. Por favor haga una cita lo más pronto posible para un examen dental completo. El dentista de su niño decidirá que tratamiento es necesario, si es que necesita uno.</p> <p><input type="checkbox"/> Parece ser que su niño necesita <b>cuidados dentales de <u>inmediato</u></b>. Contacte su dentista lo más pronto posible.</p>	<p><b>Notas para padres/Guardianes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sospecha de caries</p> <p><input type="checkbox"/> Infección dental / Absceso</p> <p><input type="checkbox"/> Encías inflamadas</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita cepillarse mejor, usar hilo dental</p> <p><input type="checkbox"/> Se recomienda sellantes dentales</p>
<b>Comentarios adicionales:</b>	

<b>Persona que hace la evaluación</b>	<b>Fecha de la evaluación:</b>
---------------------------------------	--------------------------------

*De acuerdo con la ley general de RI (R.I.G.L §16-21-9) y la Sección 14.0 de las Reglas y Regulaciones para Programas de Salud en las Escuelas, promulgado en conjunto por los departamentos de Salud y Educación.*



**ESTADO DE RHODE ISLAND  
HOJA DE EVALUACIÓN DENTAL EN LA ESCUELA**

Escuela:	
----------	--

<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Grado:</b>	<b>Salón de Clase:</b>
-------------------------------	---------------	------------------------

**RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DENTAL**

<p><b>Recomendaciones de tratamientos dentales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Su niño no tiene <b>problemas dentales obvios</b>. Por favor recuerde que su niño debe visitar al dentista regularmente para chequeos de rutina.</p> <p><input type="checkbox"/> Puede que su niño tenga problemas que <b>deben ser evaluados por un dentista</b>. Por favor haga una cita lo más pronto posible para un examen dental completo. El dentista de su niño decidirá que tratamiento es necesario, si es que necesita uno.</p> <p><input type="checkbox"/> Parece ser que su niño necesita <b>cuidados dentales de <u>inmediato</u></b>. Contacte su dentista lo más pronto posible.</p>	<p><b>Notas para padres/Guardianes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sospecha de caries</p> <p><input type="checkbox"/> Infección dental / Absceso</p> <p><input type="checkbox"/> Encías inflamadas</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita cepillarse mejor, usar hilo dental</p> <p><input type="checkbox"/> Se recomienda sellantes dentales</p>
<b>Comentarios adicionales:</b>	

<b>Persona que hace la evaluación</b>	<b>Fecha de la evaluación:</b>
---------------------------------------	--------------------------------

*De acuerdo con la ley general de RI (R.I.G.L §16-21-9) y la Sección 14.0 de las Reglas y Regulaciones para Programas de Salud en las Escuelas, promulgado en conjunto por los departamentos de Salud y Educación.*