



Informe del examen dental

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Lugar del examen: _____ Fecha del examen: ____/____/____

Su niño tuvo un examen dental hoy. Esta es una ojeada rápida y una revisión de la superficie de los dientes del frente, superiores e inferiores. Según nuestro examen de salud oral, **su niño necesita un examen dental completo con un dentista**. Por favor programe una cita lo antes posible.

Lo que observamos:

- Manchas blancas calcáreas (parecidas a tiza)
- Manchas marrones
- Diente roto

Las manchas blancas o marrones en los dientes pueden ser un signo de caries o deterioro. Solo un dentista puede determinar si hay caries o deterioro y si se necesita más tratamiento.

Lleve este formulario al examen dental de su niño. Con su permiso, el dentista completará el reverso de este formulario y lo devolverá a nuestra oficina. Esto nos ayuda a medir la precisión y el éxito de nuestro programa de exámenes dentales.

¡Gracias por trabajar con nosotros para garantizar el desarrollo saludable de su niño!

Para obtener más información sobre los exámenes de detección GROW de su niño y los recursos:

- Visite el Portal de la Familia
- Correo electrónico: support@getreadytogrow.org
- Teléfono: (585) 295-1008; Facsímil: (585) 295-1090
- Visite www.GetReadyToGROW.org para una lista de los proveedores



Estimado dentista,

Según nuestro examen de salud oral, el niño que se menciona a continuación está siendo derivado para una evaluación dental. **Pida a los padres que firmen a continuación y envíe por facsímil este formulario a Get Ready to GROW al (585) 295-1090 con sus hallazgos profesionales.** ¡Gracias por ayudar a mejorar la salud oral de los niños de nuestra comunidad!

Por la presente autorizo al dentista que se indica a continuación a enviar por facsímil la evaluación dental de mi niño al Children's Institute

_____ Fecha: ____/____/____
Firma del padre/tutor

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Varón Femenino

Lugar del examen: _____ Observaciones: _____

Fecha del examen de detección: ____/____/____

Resultados del examen dental

Fecha de la evaluación: ____/____/____

Número de visitas adicionales requeridas: _____

Plan de tratamiento:

- Plan de tratamiento sin manejo farmacológico de la conducta
- Plan de tratamiento con Óxido Nitroso

Pendiente de aprobación de la facultad para:

- Plan de tratamiento con Sedación Oral
- Plan de tratamiento bajo Anestesia General
- Remitido a otra(s) división(es) dentro de EIOH _____

Narrativa:

Información del dentista que hizo la evaluación

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: (____) _____ - _____
Facsímil: (____) _____ - _____

Por favor envíe este formulario completado por facsímil al (585) 295-1090 • Atn: Get Ready to GROW