

MDHHS-6067, EVALUACIÓN DE SALUD ORAL DE KINDERGARTEN
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS)

(Nuevo 8-23)

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del niño/a (Apellido, Nombre, Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento

Dirección (Número, Calle, Ciudad, Código Postal)

Número de teléfono de casa/celular

Nombre del padre/tutor (apellido, nombre, segundo nombre)

Correo electrónico de Padre / Tutor

Nombre de Escuela

SECCIÓN 2 – RECOMENDACIONES DE EVALUACIÓN O EXAMEN DENTAL

(UN PROFESIONAL DENTAL AUTORIZADO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN)

Fecha de Servicio

Tipo de servicio

Examen dental Evaluación dental

Observaciones (marque todos los que correspondan)

Recomendaciones (Marque una)

- Ninguna
 Caries tratadas
 Caries no tratadas

- Atención de rutina
 Remisión para tratamiento dental
 Remisión para atención dental urgente

Tipo de proveedor (marque uno) Dentista Terapeuta dental Higienista dental

Firma del Proveedor

Agencia/Departamento de Salud Local

Nombre del proveedor (imprimir)

Número de teléfono

Comentarios adicionales

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) no discrimina a ningún individuo o grupo por motivos de raza, origen nacional, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, estado familiar, consideraciones partidistas o genética. información. La discriminación basada en el sexo incluye, entre otras, la discriminación basada en la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género, las características sexuales y el embarazo.