



DENTISTS R US

1-888-226-7129



All Kids School-Based Dental Program School Exam Follow-Up Care Form

Fecha: ____/____/____

Estimado padre, madre o tutor de _____
(Nombre del alumno)

Hoy, un dentista, el Dr. _____, examinó a su hijo(a).

El dentista le proporcionó:

- Un examen dental
 - Una limpieza
 - Aplicación de fluoruro
 - Aplicación de selladores dentales
(en los siguientes dientes)
- _____
- _____
- _____

Referral Plan:

El coordinador de caso de DENTISTS R US se comunicará con usted para informarle del cuidado de seguimiento. Si no recibe una llamada nuestra, por favor comuníquese con nosotros al 1-888-226-7129.

Esto es lo que vio el dentista hoy. La ilustración muestra dónde hay caries. El otro cuadro muestra más información sobre los dientes y encías de su hijo(a).

1 – No hay señales visibles de caries—Vaya al dentista dos veces al año. Siga cepillándose y usando hilo dental todos los días. Recuerde: Esta consulta de salud bucodental en la escuela no sustituye el cuidado regular con un dentista.

2 – Una o más caries—Su hijo(a) necesita ser examinado para obtener empastes o coronas. Vaya al dentista pronto.

3 – Enfermedad dental—¡Vaya al dentista ahora! Su hijo(a) podría tener dolor de dientes.

Su hijo(a) tiene una o más caries.

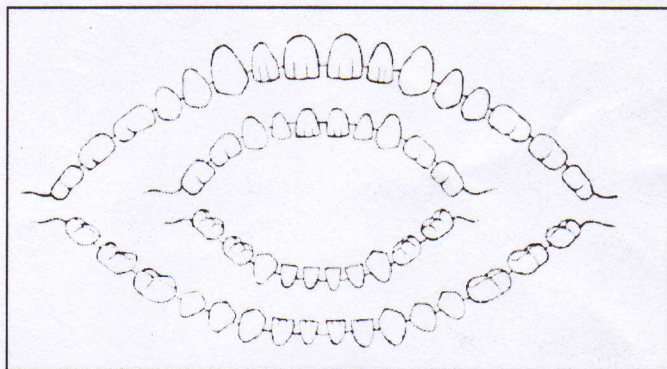
 No Sí

Higiene dental (cuán **limpios** están los dientes):

 Buena Regular Mala

Estado periodontal (salud de las **encías**):

 Bueno Regular Malo



¡Gracias por ayudar a que su hijo(a) tenga dientes y encías sanos! La salud bucodental es parte importante de la salud general. Si tiene alguna pregunta sobre la consulta de su hijo(a) el día de hoy, o para obtener registros de historia dental, no dude en llamar a

DENTISTS R US

al **1-888-226-7129**

Dirección **38865 Dequindre, #105, Troy MI 48083**

Número de licencia _____

Notas:

Atentamente,

(Firma del dentista)