

INFORME DE EXAMEN DENTAL
PROGRAMA ESCOLAR DE PREVENCIÓN DENTAL

A los padres o tutores de _____ Fecha: _____

Su hijo participó en el programa de evaluación y sellantes dentales en la escuela. Esta examinación se hace para evaluar rápidamente el estado de su salud dental. La intención de ésta **no** es reemplazar un examen completo, el cual puede mostrar otras cosas. Le recomendamos que haga una cita personalmente con el dentista que usted elija para que su hijo reciba un examen completo y el tratamiento que pueda llegar a necesitar.

A continuación, indicaremos los resultados de nuestra evaluación realizada a su hijo. Estos resultados podrán estar sujetos a interpretación visual, ya que no se tomaron radiografías ni se conocen los antecedentes dentales de su hijo.

A. DIENTES:

- _____ Su hijo necesita atención dental **URGENTE**. Hay señales claras de algún diente roto, una infección u otro problema. Le sugerimos que haga una cita lo antes posible para que empiece tratamiento. Alguien del departamento de Salud de Knox County – Acceso y Coordinación de Salud Comunitaria en Tennessee se comunicará con ustedes para ponerlos en contacto con el departamento Dental y responder a cualquiera de sus preguntas con respecto al cuidado de los dientes, de esta manera determinaremos de qué forma podremos ayudarles. Con gusto estaremos felices de poder ayudarle, a usted y a su familia.
- _____ Su hijo necesita atención dental **PRONTO**. Hay áreas donde es posible que haya caries dental u otros problemas dentales. Le sugerimos que haga una cita en los próximos días para que empiece un tratamiento.
- _____ Su hijo no tiene ningún problema dental específico en este momento; solo necesita su chequeo **REGULAR**. Le sugerimos que lleve a su hijo al dentista cada 6 meses para que le hagan un chequeo y limpieza dental.

SÍRVASE LLEVAR A SU HIJO AL DENTISTA PARA QUE RECIBA EL TRATAMIENTO NECESARIO

B. SERVICIOS DENTALES:

- [] Su hijo recibió educación dental.
- [] Su hijo tiene algunos dientes a los que se les puede aplicar selladores dentales.
- [] Se le aplicaron _____ selladores dentales a su hijo. A medida que su hijo crezca podrá necesitar más selladores. Los selladores ayudarán a prevenir las caries. Sin embargo, la buena higiene bucal, el beber agua fluorada, la dieta apropiada y el cuidado regular por parte de su dentista familiar son esenciales para la buena salud oral.
- [] Se le aplicó a su hijo un barniz de fluoruro.
- [] No se le aplicaron selladores dentales a su hijo dentro del programa escolar debido a que:
- _____ No necesita selladores en estos momentos.
- _____ Su hijo no cooperó (no se le pudo hacer tratamiento).
- _____ Su hijo estuvo ausente el día en que se ofreció el tratamiento.

Si su hijo no está bajo el cuidado de un dentista privado, puede usted llamar a la clínica dental del Departamento de Salud del Condado de Knox al 865-215-5407. Su hijo no necesita tener seguro de salud para participar del programa del departamento de salud. Se acepta también el seguro de TennCare. Si su hijo no tiene TennCare y usted piensa que si califica, llene su solicitud en línea en www.healthcare.gov o llame al 800-318-2596.