



# Revisión Dental

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_ 0-2 \_\_\_ 2-5 \_\_\_ 5-11 \_\_\_ 11-17 \_\_\_ 18-65 \_\_\_ 65+

Etnicidad: \_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_ No Hispano/Latino

Campeño Migrante: sí / no

- Reconozco que esta revisión no reemplaza un examen dental profesional realizado por un dentista, que incluye radiografías y que es recomendado cada seis meses para la prevención de caries y enfermedades de la boca.  
\_\_\_\_\_ (Iniciales)
- Participo voluntariamente en esta actividad sin costo, no responsabilizo a HDA por el tratamiento o seguimiento de resultados de esta revisión. \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente o guardián legal)

### Su Revisión indica:

- \_\_\_ No se encontraron problemas dentales obvios
- \_\_\_ Revisión de Cáncer Oral
- \_\_\_ Se encontró caries visible en uno o más dientes
- \_\_\_ Se encontró inflamación de las encías (gingivitis)
- \_\_\_ Es necesario que visite al dentista inmediatamente por: (Dolor/Infeccion/Otro): \_\_\_\_\_

### Tratamiento Proporcionado: (marque todo que corresponde)

\_\_\_ Revisión \_\_\_ Educación \_\_\_ Fluoruro \_\_\_ Sellantes \_\_\_ Tratamiento

Firma del dentista o profesional de salud: \_\_\_\_\_ Numero de licencia \_\_\_\_\_  
©HispanicDentalAssociation



## Reporte para el paciente Gracias por participar en nuestra revisión dental hoy.

*Esta revisión no reemplaza de un examen dental profesional realizado por un dentista, que incluye radiografías y que es recomendado cada seis meses para la prevención de caries y enfermedades de la boca.*

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Tratamiento Proporcionado: (marque todo que corresponde)

\_\_\_ Revisión \_\_\_ Educación \_\_\_ Fluoruro \_\_\_ Sellantes \_\_\_ Tratamiento

### Lo siguiente explica lo que recomendamos, basado en la revisión de hoy.

- \_\_\_ No vimos caries/dientes picados hoy, un examen con radiografías es recomendado.
- \_\_\_ Encontramos inflamación de las encías y recomendamos visite al dentista para limpieza.
- \_\_\_ Encontramos caries visibles. Recomendamos que vea un dentista para evaluación para rellenos.
- \_\_\_ Encontramos signos de infección y recomendamos tratamiento con un dentista inmediatamente.
- \_\_\_ Recomendamos Visitar al dentista para evaluar otras condiciones: \_\_\_\_\_

Firma del dentista o profesional de salud: \_\_\_\_\_ Numero de licencia \_\_\_\_\_  
©HispanicDentalAssociation