

# Sociedad Dental del Condado de Marin Formulario Dental De la Investigación

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Profesor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Seguro: \_\_\_\_\_

Resultados De la Investigación: *Esto era una investigación visual solamente. Puede haber problemas dentales presentes que no se puede ver durante esta investigación. Las citas dentales rutinarias son muy importantes para detectar y prevenir enfermedad dental perjudicial.*

\_\_\_\_\_ Pasó - ningunas caries obvias pero continuar exámenes dentales regulares.

\_\_\_\_\_ \***Emergencia**- cuidado de las necesidades para: \_\_\_\_\_ Infección \_\_\_ Dolor  
\_\_\_\_\_ Caries Severas

\_\_\_\_\_ \***Necesidades** \_\_\_\_\_ Rellenos \_\_\_\_\_ Extracciones \_\_\_\_\_ Sostenes Del Espacio

\_\_\_\_\_ \***Áreas posibles de caries**

\_\_\_\_\_ Se aconseja sellantes

\_\_\_\_\_ Consiga consejos sobre la ortodoncia (mordazas) en la visita dental siguiente

\_\_\_\_\_ Mejorar cepillar de dientes y uso de seda dental

\_\_\_\_\_ Limpieza profesional aconsejada

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

\***Investigación dental fallada: REFERENCIA**- El niño necesita una visita a un dentista cuanto antes. Lleve por favor este formulario a la visita dental para completar y volverla a escuela después de que sea su niño tratado. Por favor llame a la Sociedad Dental del Condado de Marin en el 472-7974 si usted necesita una referencia dental o ayuda financiera.

---

Informe del dentista a la escuela  
Dentist's Report to the School

Treating Dentist's Exam and Treatment:

\_\_\_\_\_ Child seen on \_\_\_\_\_. Referred to: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Treatment is continuing. \_\_\_\_\_ MCDCF \_\_\_ UCSF \_\_\_ UOP \_\_\_ MCDS Clinic  
Practitioner/Specialist

\_\_\_\_\_ Treatment is completed.

Dentist's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_