

FORM

Preventive Dental Care Visit Form / Formulario de Visita Preventiva de Cuidado Dental

Program Year: September 2009-August 2010 / Año del Programa: septiembre 2009-agosto 2010

Participant Name / Nombre del Participante:	Date of Birth / Fecha de Nacimiento:	Family ID # / No. de Identificación de Familia:	Date of Visit / Fecha de Visita:

Dental Screening / Chequeo Dental

TREATMENT / TRATAMIENTO	GUIDELINES / INDICACIONES	COMPLETION STATUS / PROGRESO LOGRADO
FOR AGES 1-5 / PARA EDADES DE 1-5		
Oral exam / Examen oral	Complete at every annual visit / Complete en cada visita anual	<input type="checkbox"/> Completed / Completado
FOR AGES ≥ 6 / PARA EDADES DE ≥ 6		
Oral exam and cleaning / Examen oral y limpieza	Complete at every annual visit / Complete en cada visita anual	<input type="checkbox"/> First six-month exam and cleaning completed / Examen de los primeros 6 meses y limpieza completado.
		<input type="checkbox"/> Second six-month exam and cleaning completed / Segundo examen de 6 meses y limpieza completado.

Dentist's Information / Información del Dentista

NAME / NOMBRE: _____

SIGNATURE / FIRMA: _____

OFFICE OR CLINIC NAME / NOMBRE DE LA OFICINA O CLÍNICA : _____

STREET ADDRESS / DIRECCIÓN : _____

CITY, STATE, ZIP / CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

TELEPHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL / CORREO ELECTRÓNICO: _____

MUST PROVIDE:

LICENSE NUMBER

OR

DENTIST/OFFICE STAMP