

FORM

Checklist for Preventive Dental Care Visits / Lista de Control para Visitas Preventivas de Cuidado Dental

Program Year / Año del Programa: September 2008–August 2009/Septiembre 2008-Agosto 2009

Patient Name / Nombre del Paciente:	DOB / Fecha de Nacimiento:	Patient # / No. del Paciente:	Date of Visit / Fecha de Visita:

Dental Screening / Chequeo Dental

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

Dentist's Information / Información del Dentista

NAME / NOMBRE: _____

SIGNATURE / FIRMA: _____

LICENSE # / NO. DE LICENCIA: _____

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

STREET ADDRESS / DIRECCIÓN : _____

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

TELEPHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO: _____

EMAIL / CORREO ELECTRÓNICO: _____