



## Evaluación de Caries de la Niñez Temprana Madre Embarazada/Postparto



The following questions are designed to determine your overall risk of dental problems . This assessment helps work toward establishing a dental home and providing continuing preventative care (including fluoride varnish and education).

Mother's Name: \_\_\_\_\_

Today's date: \_\_\_\_\_

Estimated due date: \_\_\_\_\_

Child's last dentist visit: \_\_\_\_\_ (If more then 1 yr set new appt.)

Dentist the mother uses: \_\_\_\_\_

Week of Gestation today: \_\_\_\_\_

Si	No	Desconocido	Pregunta:
2	0		Usted tiene caries?
2	0		Usted tiene manchas blancas en sus dientes?
0	2		Usted se cepilla los dientes por lo menos dos veces al día?
2	0		Usted tiene dolor, llagas, o hinchazón en las encías?
2	0		Usted come bocados o bebidas dulces (incluyendo jugo) mas de dos veces por día?
0	2		Usted usa el hilo dental por lo menos una vez por día?
0	2		Usted usa algún enjuague bucal que mate bacterias por lo menos una vez por día?
2	0		Usted tiene sangrado de las encías?

**Recuerde:**

- Establecer un hogar dental lo mas pronto posible
- Un examen dental cada 6 meses incluyendo una limpieza (profilaxis) y rayos x
- Fluoruro tópico cada 6 meses

Score: \_\_\_\_\_

- 0-4 points: Routine Care**
- 6+ points: Need for Care**
- Observed pain and/or swelling: Refer to Family Health Services for urgent care**

**Lesson One Checklist:**

- Referral to dental provider
- Oral Health Care During Pregnancy* booklet
- Copy of this assessment form to expectant mother and one copy in her file
- Baby Smiles assessment sticker, complete and place in file on S.O.A.P page
- Viewed *Delta Dental* DVD
- New tooth brushes, toothpaste, and xylitol gum given: \_\_\_\_\_ EHS Prenatal/Postnatal Mother

Mother's Signature: \_\_\_\_\_

FE Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_