



Evaluación de Caries de la Niñez Temprana Head Start a Temprana Edad Pre-dientes



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

Child's Name: _____

Pre-Teeth date: _____

Child's date of birth: _____

Child's age today: _____

Dentist the family uses: _____

Child last seen: _____

Si	No	Desconocido	Pregunta:
0	2		Usted mira dentro de la boca de su hijo/a por lo menos una vez por semana?
2	0		Mi hijo/a tiene cortadas o llagas visibles en sus encías.
2	0		Los padres (o la persona que da los cuidados al niño/a) tiene caries? #___
2	0		Su niño tiene dolor, llagas, o hinchazón de las encías?
2	0		Su hijo/a consume alguna cantidad de bocados o bebidas dulces (incluyendo jugo)?
0	2		Usted limpia adentro Y afuera de la boca de su hijo/a por lo menos dos veces al día con una toallita y agua?
2	0		El niño/a se va a la cama con un biberón o lo tiene por mas de una hora a la vez?

Score: _____

- 0-4 points: Routine Care**
- 6-8 points: Refer to Pediatrician**
- Observed pain and/or swelling: Refer to pediatrician for urgent care**

Lesson One Checklist:

- Referral to medical provider or pediatrician
- Referral to Dental Provider for mother/caregiver
- Copy of this assessment form to parent and one copy in child's file
- Baby Smiles assessment sticker, complete and place in file on S.O.A.P page
- Viewed *Lift the Lip* , filp chart, and *Delta Dental* DVD.

Parent Signature: _____

FE Signature _____

Date _____