



Evaluación de Caries de la Niñez Temprana Head Start a Temprana Edad Hasta Edad de 2 Años



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: _____

Post-Teeth date: _____

Child's date of birth: _____

Child's age today: _____

Dentist the child uses: _____

Child's last dentist visit: _____

Si	No	Desconocido	Pregunta:
2	0		Su hijo/a tiene caries de niñez temprana?
2	0		Su hijo/a tiene manchas blancas en sus dientes?
2	0		La madre (o la persona que da los cuidados al niño/a) tiene caries?
2	0		Su hijo/a usa biberón o taza a la hora de dormir con cualquier cosa aparte de agua?
2	0		Su hijo/a tiene dolor, llagas, o hinchazón en las encías?
2	0		Su hijo/a come bocados dulces o bebidas dulces (incluyendo jugo) mas de dos veces al día?
0	2		Un adulto lava los dientes del niño por lo menos dos veces al día durante el día?

Recuerde:

- Establecer un hogar dental a los 12-24 meses de edad
- Examen dental cada 6 meses
- Fluoruro tópico cada 6 meses

Score: _____

- 0-4 points: Routine Care**
- 6+ points: Need for Care**
- Observed pain, swelling, bruising, or blisters: Refer to pediatrician for urgent care**

Lesson One Checklist:

- Tooth Eruption handout
- Referral Pediatric Dentist See Dental Providers section
- 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* and chart
- New tooth brushes and toothpaste given: _____ EHS Parent _____ EHS Child

Parent Signature: _____

FE Signature _____

Date _____