

**MDHHS-6067, KINDERGARTEN ORAL HEALTH ASSESSMENT**  
**MDHHS-6067-SP, EVALUACION DE SALUD ORAL PARA KINDERGARTEN**  
Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)  
(Nuevo 8-23)

---

**SECCION 1 – INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE**

---

Nombre del Niño (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) Fecha de Nacimiento

Domicilio (Número, Calle, Ciudad, Código Postal) Número de Teléfono  
Celular/ Hogar

Nombre del Padre/ Tutor (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) Correo electrónico del  
Padre/Tutor

Nombre de la Escuela

---

**SECCION 2 – RECOMENDACIONES PARA EL EXAMEN O EVALUACION DENTAL**  
**(Esta sección deberá ser completada por un profesional odontológico con licencia)**

---

Fecha del Servicio Tipo de Servicio  
 Examen Dental  Evaluación Dental

Observaciones (Marque donde corresponda) Recomendaciones (Marque **una**)  
 Sin observaciones  Cuidado de rutina  
 Caries tratadas  Derivación para tratamiento dental  
 Caries no tratadas  Derivación para cuidado dental urgente

Tipo de Proveedor (Marque **una**)  Dentista  Terapeuta Dental  Higienista Dental

Firma del Proveedor Agencia/ Departamento de Salud Local

Nombre del Proveedor (Imprenta) Número Telefónico

Comentarios Adicionales

---

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discriminará contra ningún individuo o grupo en base a su raza, origen nacional, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, condición familiar, consideraciones partidarias o información genética. Discriminación basada en sexo incluye, pero no se limita a, discriminación basada en la orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, y embarazo.