

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.