

# MDHHS-6067, KINDERGARTEN ORAL HEALTH ASSESSMENT

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

(New 8-23)

---

## SECTION 1 – STUDENT INFORMATION

---

Child's Name (Last, First, Middle)

Date of Birth

Address (Number, Street, City, Zip Code)

Home/Cell Phone Number

Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)

Parent/Guardian Email

School Name

---

## SECTION 2 – DENTAL EXAM OR ASSESSMENT RECOMMENDATIONS

(Licensed dental professional must complete this section)

---

Date of Service

Type of Service

Dental Exam

Dental Assessment

Findings (Check all that apply)

No findings

Treated decay

Untreated decay

Recommendations (Check **one**)

Routine care

Referral for dental treatment

Referral for urgent dental care

Provider Type (Check **one**)

Dentist

Dental Therapist

Dental Hygienist

Provider Signature

Agency/Local Health Department

---

Provider Name (Print)

Phone Number

---

Additional Comments

---

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

**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.