

School Exam Follow-Up Care Form

Date: ___/___/_____

Space for Logo

Dear Parent or guardian of _____,
(student's name)

A dentist, Dr. _____, saw your child today.

Today your child was given:

- Dental Exam**
- Cleaning**
- Fluoride**
- Dental sealants**

Space for Referral Plan

Option 1: Please call to schedule an appointment with my office for follow-up care.
Option 2: [Insert your entity name] will be returning to this location on [insert date] to provide follow-up treatment. Please call [insert phone number] to schedule an appointment.
Option 3: The case manager for [Insert your entity name] will be contacting your for follow-up care information. If you don't receive a call from us, please contact us at [insert phone number here].

This is what the dentist saw today. Dental X-rays were not taken. The picture shows where decay is. The other box shows more about your child's teeth and gums.

- 1 – No visual signs of decay**—See your dentist twice a year. Keep brushing and flossing every day. Please remember: This school oral health visit does not take the place of regular dental visits.
- 2 – Cavity/cavities**—Your child needs a check-up for fillings or crowns, and X-rays. Go to a dentist soon.
- 3 – Dental disease**—Go to dentist **now!** Your child may have a toothache.

Your child has a possible cavity or cavities:

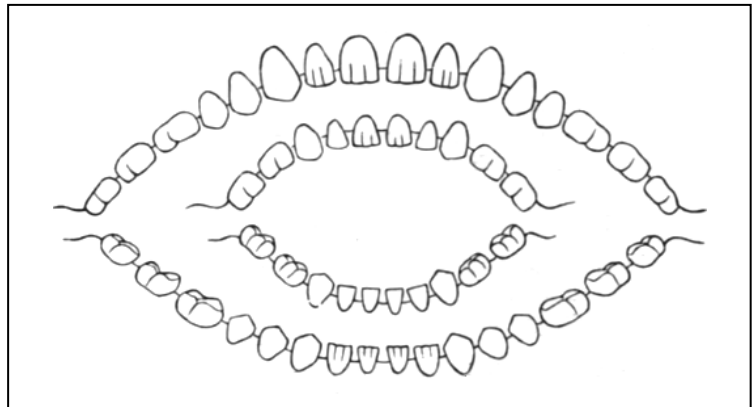
_____ _____

No Yes

Oral Hygiene (How **clean** the teeth are):

_____ _____ _____

Good Fair Poor



Thank you for helping your child have healthy teeth and gums! Oral health is an important part of overall health. If you have any questions about your child's visit today, or would like to get dental records, please call

_____ at (_____) _____ - _____ .

Address _____ License Number _____

Sincerely,

Notes:

(Dentist's signature)

 Phone Number

School Exam Follow-Up Care Form

Space for Logo

Fecha: ____/____/____

Estimado padre, madre o tutor de _____
Nombre del alumno)

Hoy, un dentista, el Dr. _____, examinó a su hijo(a).

Hoy, su hijo(a) recibió:

- ___ **Un examen dental**
- ___ **Una limpieza**
- ___ **Aplicación de fluoruro**
- ___ **Aplicación de selladores dentales**
(en los siguientes dientes)

SPACE FOR REFERRAL PLAN

- Opción 1:** Por favor, llame a mi oficina para programar una cita de cuidado de seguimiento.
- Opción 2:** [Inserte el nombre de su entidad] volverá a este local el [inserte fecha] para proveer tratamiento de seguimiento. Sírvase llamar al [inserte número de teléfono] para programar una cita.
- Opción 3:** El coordinador de caso de [Inserte el nombre de su entidad] se comunicará con usted para informarle del cuidado de seguimiento. Si no recibe una llamada nuestra, por favor comuníquese con nosotros al [inserte número de teléfono aquí].

Esto es lo que vio el dentista hoy. No se tomaron radiografías. La ilustración muestra dónde hay caries. El otro cuadro muestra más información sobre los dientes y encías de su hijo(a).

___ **1 - No No hay señales visibles de caries**—Vaya al dentista dos veces al año. Siga cepillándose y usando hilo dental todos los días. Recuerde: Esta consulta de salud bucodental en la escuela no sustituye el cuidado regular con un dentista.

___ **2 - Una o más caries**—Su hijo(a) necesita ser examinado para obtener empastes o coronas. Vaya al dentista **pronto**.

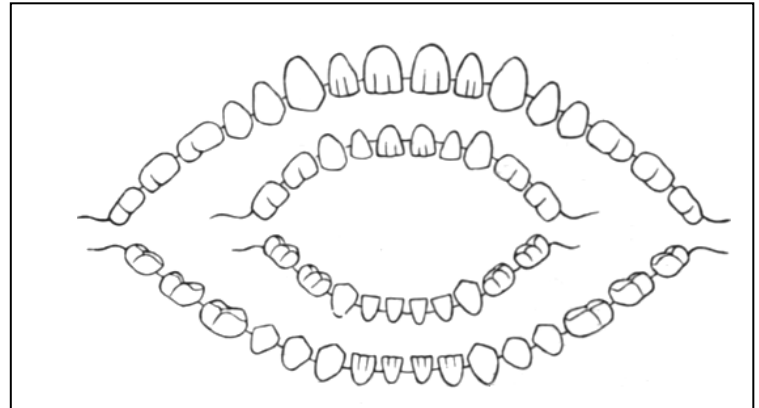
___ **3 - Enfermedad dental**—¡Vaya al dentista **ahora!** **Su hijo(a) podría tener dolor de dientes..**

Su hijo(a) posiblemente tiene una o más caries.

___ ___
No Si

Higiene dental (cuán **limpios** están los dientes):

___ ___ ___
Buena Regular Mala



¡Gracias por ayudar a que su hijo(a) tenga dientes y encías sanos! La salud bucodental es parte importante de la salud general. Si tiene alguna pregunta sobre la consulta de su hijo(a) el día de hoy, o para obtener registros de historia dental, no dude en llamar a

_____ al (_____) _____ - _____.

Dirección _____ Número de licencia _____.

Notas:

Atentamente,

(Firma del dentista)