

CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_ BIRTHDATE: \_\_\_\_\_  
CENTER: CHILDREN'S DAY NUSERY & FAMILY CENTER PHONE: ( 973)777-5544  
ADDRESS: 104 JEFFERSON STREET PASSAIC, N.J. 07055

PART I. TO BE COMPLETED BY HEAD START STAFF

PART II. TO BE COMPLETED BY DENTAL CARE PROVIDER

1. IS THE CHILD NOW RECEIVING: *If "yes," include length of time receiving fluoride*

Topical Fluoride Application? No. \_\_\_\_\_ Unknown \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_  
 Fluoridated water? No. \_\_\_\_\_ Unknown \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_  
 Fluoride Supplement diet? (tablets \_\_\_\_\_, liquid \_\_\_\_\_) No. \_\_\_\_\_ Unknown \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

2. DOES THE CHILD HAVE ANY TROUBLE WITH TEETH, GUMS, OR MOUTH THAN THE PARENT KNOWS ABOUT?

3. CHILD (\_\_\_ HAS, \_\_\_ HAS NOT) PREVIOUSLY SEEN A DENTIST.  
Dentist's name \_\_\_\_\_ Date last visit \_\_\_\_\_

4. CHILD (\_\_\_ IS, \_\_\_ IS NOT) UNDER A PHYSICIAN'S CARE.  
Physician's name \_\_\_\_\_

5. CHILD (\_\_\_ IS, \_\_\_ IS NOT) RECEIVING MEDICATION.  
Type \_\_\_\_\_

6. CHILD IS REPORTED TO HAVE (Give details or attach Health History, Form 2A). YES NO YES NO

Allergies	_____	_____	Liver Dis.	_____	_____
Asthma	_____	_____	Rheumatic Fever	_____	_____
Bleeding	_____	_____	Sickle Cell Dis.	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Other (List Below)	_____	_____
Epilepsy	_____	_____			
Heart/Vascular Dis.	_____	_____			

7. SOURCE OF REIMBURSEMENT OR SERVICES

EPSDT/Medicaid  
 Federal, State, or local Agency

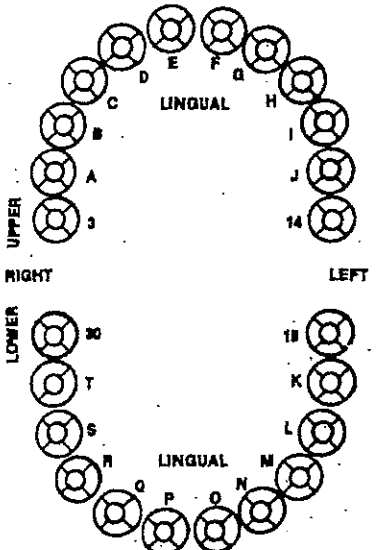
Head Start  
 In-kind Provider  
 Parents/Guardians  
 Other (3rd Party) \_\_\_\_\_

8. PRIORITY GROUP

A. Needs Attention Immediately  
 B. Needs Attention Soon  
 C. Needs Routine Care

9. ORAL CONDITIONS BEFORE TREATMENT: missing (○), decayed (⊙), or filled (●); indicate restorations you perform in item 10.

10. EXAMINATION AND TREATMENT RECORD (List recommended services in order).



Tooth # or Letter	Surfaces	Description of Work	Treatment Approved	Date Service Performed			A.D.A. Procedure Number	Actual Charges (Fee)
				MO.	DAY	YR.		

11. DENTAL NEEDS (Check one or more and return 3 copies to Head Start after first visit).

A. TREATMENT (restoration, pulp therapy, extraction)    B. CLEANING    C. FLUORIDE  
 D. OTHER    E. NO PROBLEMS

Approximate number of visits \_\_\_\_\_ Approximate cost \_\_\_\_\_

12. CHILD ORAL HEALTH SUMMARY (Complete and return 2 copies to Head Start after final visit).  
 All planned treatment ( \_\_\_ is, \_\_\_ is not) complete. If not, explain here, as well as items checked.

a. Routine recall visits    c. Dietary problem(s)    e. Harmful oral habits  
 b. Special home emphasis, oral hygiene    d. Developmental problem(s)    f. Needs fluoride supplement

I certify that I have completed the service(s) listed in Part II, item 10, and that itemized charges do not exceed my usual and customary fees.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

COMPLETE DURANTE LA ENTREVISTA

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CENTRO: CHILDREN'S DAY NUSERY & FAMILY CENTER TELEFONO: (973)777-5544  
 DIRECCION: 104 JEFFERSON STREET PASSAIC, N.J. 07055

1. ACASO EL NIÑO ESTÁ RECIBIENDO: Si la respuesta es "SI" incluya la duración de tiempo que está recibiendo fluoruro  
 ¿Aplicaciones de fluoruro tópico? No \_\_\_ Se desconoce \_\_\_ SI \_\_\_  
 ¿Agua con fluoruro? No \_\_\_ Se desconoce \_\_\_ SI \_\_\_  
 ¿Una dieta para suplementar el fluoruro?(tabletas, líquido) No \_\_\_ Se desconoce \_\_\_ SI \_\_\_

2. ¿ACASO EL NIÑO TIENE DIFICULTADES CON LOS DIENTES, ENCIAS, O BOCA DE LAS CUALES ESTAN AL TANTO LOS PADRES?

PARTE I. A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE HEAD START

3. EL NIÑO ( \_\_\_\_\_ HA, \_\_\_\_\_ NO HA) VISTO A UN DENTISTA PREVIAMENTE.  
 Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

4. EL NIÑO ( \_\_\_\_\_ ESTA, \_\_\_\_\_ NO ESTA) BAJO EL CUIDADO DE UN MEDICO. Nombre del médico: \_\_\_\_\_

5. EL NIÑO ( \_\_\_\_\_ ESTA, \_\_\_\_\_ NO ESTA) RECIBIENDO MEDICAMENTOS. Tipo: \_\_\_\_\_

6. SE HA REPORTADO QUE EL NIÑO TIENE (Dé detalles o adjunte el Historial de la Salud, Formulario 2A).

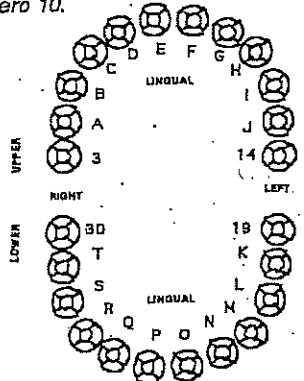
	SI	NO		SI	NO
Alergias	___	___	Enfermedad del hígado	___	___
Asma	___	___	Fiebre Reumática	___	___
Hemorragias	___	___	Células Falciformes	___	___
Epilepsia	___	___	Otro (Liste más abajo)	___	___
Afecciones del corazón/vasculares	___	___			

7. FUENTE DE REEMBOLSO U OTROS SERVICIOS EPSDT/Medicaid  
 Agencia Federal, Estatal, o local  
 Head Start  
 Clase de Suministrador \_\_\_\_\_  
 Padres/Tutores  
 Otro (3ra. Parte) \_\_\_\_\_

8. GRUPO DE PRIORIDAD  
 A. Necesita Atención Inmediata  
 B. Necesita Atención Pronto  
 C. Necesita Cuidado Rutinario

PARTE II. A SER COMPLETADA POR EL SUMINISTRADOR DE CUIDADO DENTAL

9. CONDICIONES ORALES ANTES DEL TRATAMIENTO: falta ( ☐ ), decaído ( ⊕ ), o tapado ( ⊙ ); Indique las restauraciones que hizo en el número 10.



10. ARCHIVO DE EXAMEN Y TRATAMIENTO (Liste los servicios recomendados, en orden).

Diente #o Letra	Superficie	Descripción del Trabajo	Tratamiento Aprobado	Fecha de Servicio Mes/Día/Año	A.D.A. # de Proc.	Cargos Actuales (Honorarios)

11. NECESIDADES DENTALES (Marque uno o más y devuelva 3 copias a Head Start después de la primera visita).  
 A. TRATAMIENTO (restauración, terapia de bulbo, extracción)      B. LIMPIEZA      C. FLUORURO  
 D. OTRO      E. NINGUN PROBLEMA

Número aproximado de visitas \_\_\_\_\_ Costo aproximado \_\_\_\_\_

12. RESUMEN DE LA SALUD ORAL DEL NIÑO (Complete y devuelva 2 copias a Head Start después de la última visita).  
 Todo tratamiento planificado ( \_\_\_ ha sido, \_\_\_ no ha sido) completado. Si no, explique aquí, al igual que los otros elementos marcados.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Llamadas a visitas rutinarias              | <input type="checkbox"/> c. Problemas de la dieta    | <input type="checkbox"/> e. Costumbres orales dañinas        |
| <input type="checkbox"/> b. Especial énfasis en el hogar, higiene oral | <input type="checkbox"/> d. Problemas del desarrollo | <input type="checkbox"/> f. Necesita suplementos de fluoruro |

Yo certifico que he completado los servicios listados en la Parte II, Número 10, y que los cargos enumerados no exceden los honorarios usuales y acostumbrados.  
 Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_