



**The Center**  
Early Childhood Programs  
Lake County School District R-1

315 West 6<sup>th</sup> Street  
Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6928  
Fax 719 486-9992

*Head Start, Colorado Preschool & Kindergarten Program, Tuition-Based Preschool and School Age Programs, Services for Children with Special Needs*

**Head Start y Early Head Start**

**Examen Dental**

**Nombre de Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Examen:** \_\_\_\_\_ **Nombre de Dentista:** \_\_\_\_\_

**El paciente recibió atención preventiva:** Si No

**El Paciente Recibió:**

- Examinación
- Limpieza
- Fluoruro
- rayo- X

**El Cuidado Restaurativo es Necesario:**

- Empaste                      Cuantos: \_\_\_\_\_
- Poner una Corona          Cuantos: \_\_\_\_\_
- Extracción                    Cuantos: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Número aproximado de citas necesarias para cuidado restaurativo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de próxima cita:** \_\_\_\_\_ (Cada seis meses según las pautas EPSDT).

**Nombre de Dentista (por favor escribir con letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma de Dentista:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Clínica Dental:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

Como los padres/tutor de \_\_\_\_\_ yo doy  
permiso para que la información de arriba sea publicada a Programa de Early Head Start de Distrito Escolar  
de Condado de Lake.

**Firma de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_