

The Center Early Childhood Programs
Dental Examination/Examen Dental

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

Date of Exam: _____ **Name of Dentist:** _____

Patient Received Preventive Care: Yes No

Did the Patient Receive:

- ☐ Examination
- ☐ Cleaning
- ☐ Fluoride

Restorative Care is Needed:

- ☐ Fillings How Many: _____
- ☐ Crowns How Many: _____
- ☐ Extractions How Many: _____
- ☐ Other: _____

Approximate Number of Appointments Needed for Restorative Care: _____

Date of Next Appointment (Every Six Months According to EPSDT Guidelines): _____

Dentist Name: _____

Dentist Signature: _____

Dental Clinic Name: _____

Address and Phone Number: _____

I hereby give permission for the above information to be released to The Center Early Childhood Programs.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Send completed forms to:

Fax Number: 719-486-3421
cnielsen@lakecountyschools.net

The Center Early Childhood Programs
Dental Examination/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

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: _____

Firma de Dentista: _____

Nombre de la Clínica Dental: _____

Dirección y Número de Teléfono: _____

Yo doy permiso para que la información de arriba sea publicada en el Programa de Early Head Start del Distrito Escolar del Condado de Lake. I'm

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Mandar las formas completas a:

Fax Number: 719-486-3421

cnielsen@lakecountyschools.net