H514.027 (08/2011-under review)

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENTO DE SALUD

INFORME DEL DENTISTA PRIVADO DEL EXAMEN DENTAL DE UN ALUMNO DE EDAD ESCOLAR

NOMBRE DE LA ESCUELA_____FECHA_____20 ____

NOMBRE DEL NIÑO/A	EDAD	SEXO	GRADO	SECCION/AULA
_____ Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		☐ M ☐ F		

DIRECCION

_____
No. y Calle Ciudad o Oficina Postal Localidad/Municipio Condado Estado Código Postal

REPORTE DE LA EXAMINACION

	CARTA DENTAL																
	DERECHA								IZQUIERDA								
SUPERIOR	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	Superior
INFERIOR	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	Inferior
SUPERIOR																	Superior
INFERIOR																	Inferior

¿Está el niño bajo tratamiento? Sí ☐ No ☐

Tratamiento completado Sí ☐ No ☐

_____
Fecha de examinación dental

_____ _____
Firma del Examinador Dental Nombre del examinador dental en letra de molde

_____
Dirección