

Oral Health Assessment Form

Category	Response	Score
Primary Teeth	0 - No caries	1
	1 - 1 or 2 carious teeth	2
	2 - 3 or more carious teeth	3
Permanent Teeth	0 - No caries	1
	1 - 1 or 2 carious teeth	2
	2 - 3 or more carious teeth	3
Dental Trauma	0 - No history	1
	1 - History of tooth fracture	2
	2 - History of tooth avulsion	3
Gum Disease	0 - No history	1
	1 - History of gingivitis	2
	2 - History of periodontitis	3
Cavities	0 - No history	1
	1 - History of tooth decay	2
	2 - History of tooth extraction due to decay	3
Fillings	0 - No history	1
	1 - History of tooth filling	2
	2 - History of tooth extraction due to filling	3
Tooth Loss	0 - No history	1
	1 - History of tooth loss	2
	2 - History of tooth extraction	3
Other	0 - No history	1
	1 - History of dental treatment	2
	2 - History of dental procedure	3

Formulario de Evaluación de Salud Bucal

de estudiante (Completo para los padres/tutores)

SECTION I: INFORMATION

Nombre del estudiante:	Nombre de la escuela:	Nombre de la ciudad:	Nombre de la calle:	Nombre de la ciudad:	Nombre de la escuela:	Nombre de la ciudad:	Nombre de la calle:	Nombre de la ciudad:
Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:
Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:
Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:

Nombre del estudiante:	Nombre de la escuela:	Nombre de la ciudad:	Nombre de la calle:	Nombre de la ciudad:	Nombre de la escuela:	Nombre de la ciudad:	Nombre de la calle:	Nombre de la ciudad:
Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:
Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:
Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:	Apellido:

Sexo del estudiante:
 Hembra Varón
 No se aplica

Nombre de la escuela:

Municipio:

Ciudad:

Raza/Etnicidad:
 Afro-americano Hispano/Latino Asiático

Nombre de padres/tutores:

Raza/etnicidad de la etapa:

Blanco Negro

Nombre del estudiante:

- No No no presentar ningún problema dental

Última revisión dental:

- No No no presentar ningún problema dental

Último examen dental:

- No No no presentar ningún problema dental

Nombre del estudiante:

- No No no presentar ningún problema dental

Última revisión dental:

- No No no presentar ningún problema dental

Último examen dental:

- No No no presentar ningún problema dental