

Oral Health Assessment Form

Formulario de Evaluación de Salud Bucal

del estudiante (completado por los padres/tutores),

Sección 1: Información

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre de escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Nombre de madre/tutor/a: _____ Raza/etnicidad del estudiante:

☐ Blanco ☐ Negro/Afro-americano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Otro

¿El estudiante tiene un examen de salud bucal? ☐ Sí ☐ No

¿El estudiante tiene un examen de salud bucal? ☐ Sí ☐ No

¿El estudiante tiene un examen de salud bucal? ☐ Sí ☐ No