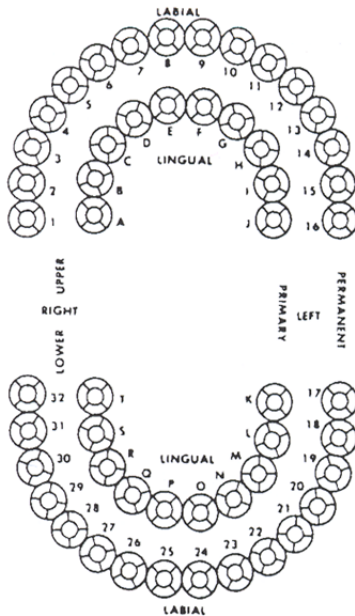


HEAD START
ON-SITE DENTAL EXAMINATION RESULT
Programa de Head Start
Resultado de Evaluación Dental

I have examined your child, _____, for dental health problems, with the following results:

Se le hizo un examen de salud dental a su niño/a, para problemas de salud dental con los siguientes resultados:



() **Immediate Care Required**

Se requiere cuidado inmediato

() **Treatment Needed.** Please schedule a dental appointment for treatment as soon as possible.

Se requiere tratamiento adicional. Favor de hacer una cita con su dentista para el tratamiento lo más pronto posible.

() **No Problem Suspected,** however, every child should have a dental cleaning and examination with x-rays each year.

No se encontraron problemas evidentes por ahora, pero todo niño debe de tener una limpieza y evaluación dental con rayos X anualmente.

☐ **Fluoride varnish applied** (*Se le aplicó una capa de fluoruro*)

Child Enrolled at: _____ Date: _____
Está inscrito(a) en *Fecha*

Dentist's Signature: _____ Date: _____
Firma del Dentista *Fecha*