Kenosha Unified School District

DENTAL EXAMINATION RECORD
REGISTRO DEL EXAMEN DENTAL

Student Name:_____Date of Birth _____
Nombre Del Estudiante Fecha de Nacimiento

Parent Name: _____
Nombre del Padre/Madre

Date of Exam: _____
Fecha del Examen Dental

NOTE CONDITIONS AS CHECKED:
MARQUE LAS CONDICIONES ENCONTRADAS:

☐ Cavities present
Tiene Caries

☐ Home brushing care
Cepillado de los dientes en casa

☐ Good ☐ Needs Improvement ☐ Urgently needs improvement
Bien Necesita mejorar Necesita mejorar urgentemente

☐ Occlusion or bite Relation
Oclusión o Relación de mordida

☐ Normal ☐ Abnormal
Normal Anormal

☐ **Prompt and urgent attention advised**
Se recomienda atención pronta y urgente

☐ Mouth in apparently good condition
Boca aparentemente en buena condición

SPECIAL NOTE: Even though your child's mouth condition may be good at this time, routine and regular examinations by your family dentist are advisable. See her/him before your child complains of pain. Be watchful! Keep sugar intake low!

NOTA ESPECIAL: Aunque la condición de la boca de su hijo/a puede estar bien en este momento, se recomiendan exámenes rutinarios regularmente por el dentista de la familia. Atienda a su hijo/a antes de que se queje de dolor. ¡Tenga cuidado! Mantenga el consumo de azúcar a lo mínimo.

KENOSHA COUNTY DENTAL SOCIETY
SOCIEDAD DENTAL DEL CONDADO DE KENOSHA

_____ D.D.S. _____
Signature of Examining Physician Date
Firma del Dentista Fecha

Rev (01/14)