

ESTADO DE PENNSILVANIA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE DENTISTA PRIVADO
EXAMEN ODONTOLÓGICO DE UN ALUMNO EN EDAD ESCOLAR

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ FECHA _____ 20__

<u>NOMBRE DEL ESTUDIANTE</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>GRADO</u>	<u>SECCIÓN/SALA</u>
Último Primero Medio		M F		

DIRECCIÓN

No. y Calle, Ciudad u Oficina de Correos, Municipio, Condado, Código Postal del Estado

INFORME DE EXAMEN

		<u>TABLA DE DIENTES</u>																
		<u>DERECHA</u>								<u>IZQUIERDA</u>								
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u> <u>Un</u>	<u>5</u> <u>B</u>	<u>6</u> <u>C</u>	<u>7</u> <u>D</u>	<u>8</u> <u>E</u>	<u>9</u> <u>F</u>	<u>10</u> <u>G</u>	<u>11</u> <u>H</u>	<u>12</u> <u>Yo</u>	<u>13</u> <u>J</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	
<u>SUPERIOR</u>																	<u>Superior</u>	
<u>BAJAR</u>		<u>32</u>	<u>31</u>	<u>30</u>	<u>29</u> <u>T</u>	<u>28</u> <u>S</u>	<u>27</u> <u>R</u>	<u>26</u> <u>Q</u>	<u>25</u> <u>P</u>	<u>24</u> <u>O</u>	<u>23</u> <u>N</u>	<u>22</u> <u>M</u>	<u>21</u> <u>L</u>	<u>20</u> <u>K</u>	<u>19</u>	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>Bajar</u>
<u>EXAMEN</u>	<u>SUPERIOR</u>																	<u>Superior</u>
	<u>BAJAR</u>																	<u>Bajar</u>

Caries no tratadas: No Sí

Caries tratadas: No Sí

Cualquier sellador en molares permanentes: No Sí

Urgencia del tratamiento: Ninguno Urgente Temprano

Fecha del examen dental _____

Firma del examinador dental Escriba el nombre del examinador dental _____

Dirección del examinador dental _____