

School District of Springfield Twp.

ESTADO DE PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH

**INFORME DEL DENTISTA PRIVADO
SOBRE EL EXAMEN DENTAL DE UN ALUMNO EN EDAD ESCOLAR**

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ FECHA _____ 20 ____

NOMBRE DEL NIÑO			EDAD	SEXO	GRADO	SECCIÓN/SALA
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

DIRECCIÓN

N.º y calle Ciudad u oficina de correos Distrito o municipio Condado Estado Código postal

INFORME DEL EXAMEN

	TABLA DENTAL																
	DERECHO								IZQUIERDO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
SUPERIOR				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				Superior
INFERIOR	32	31	30	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	19	18	17	Inferior
SUPERIOR																	Superior
INFERIOR																	Inferior

¿Está en tratamiento el niño? Sí No

Tratamiento finalizado Sí No

Fecha del examen dental

Firma del examinador dental

Nombre del examinador en letra de imprenta

Dirección