

FORMA DE EVALUACION DEL RIESGO DE CARIES PARA EDADES DE 0 A 5 AÑOS

Nombre del Paciente: _____ I.D. # _____

Edad: _____ Fecha: _____ Fecha de Evaluación: _____

NOTA: Cualquier SI en la columna 1 significa "Alto Riesgo" y es una indicación para el examen bacteriano.	SI = CIRCULE			Comentarios:
	1	2	3	
1. Factores de Riesgo (Factores Biológicos Predisponentes)				
(a) Madre/persona que proporciona cuidado tiene caries dental activa durante el año pasado.	SI			
(b) Biberón con <u>otro</u> liquido aparte de agua, leche sola y/o formula.		SI		Tipo(s):
(c) Continuo uso del biberón		SI		
(d) El niño duerme con el biberón, o se le amamanta cuando lo pide.		SI		
(e) Frecuencia (> 3 veces /día) de alimentos entre comidas, como: azucares/almidones/bebidas azucaradas		SI		#veces/día: Tipo(s):
(f) Están presentes factores reductores de Saliva, como: 1. Medicamentos (ej., asma [albuterol] o hiperactividad) 2. Médicos (tratamiento de cáncer) o factores genéticos.		SI		
(g) El niño tiene necesidades especiales de Salud		SI		
(h) Padres y/o persona que proporciona cuidado tiene bajo SES (status socio-económico) y/o poco conocimiento de salud. WIC/Early Head Start		SI		
2. Factores de Protección				
(a) El niño vive en una comunidad con agua fluorada (nota: código postal de residencia).			SI	Código:
(b) Toma suplementos de fluoruro			SI	
(c) El niño toma agua fluorada (ej., agua de la llave)			SI	
(d) Cepilla los dientes con pasta con fluoruro (tamaño de chícharo) por lo menos 2 veces al día.			SI	#veces/día:
(e) Barniz de Fluoruro en los últimos 6 meses.			SI	
(f) Madre entiende el uso de chicles con xilitol/pastilla azucarada			SI	
(g) Se le da xilitol al niño (toallitas, spray, gel son recomendados)			SI	
3. Indicadores de Enfermedad - Examen Clínico del niño				
(a) Manchas blancas obvias, descalcificaciones, o caries presente en los dientes del niño.	SI			
(b) Presencia de restauraciones.	SI			
(c) Placa obvia en los dientes y/o encías sangran fácilmente.		SI		
(d) Flujo de saliva visualmente inadecuado.		SI		
(e) Nueva remineralización desde la última visita (liste los dientes)			SI	Dientes:
Riesgo Total de Caries (circule): ALTO MODERADO BAJO				
Niño: Bacteria/ Resultado del Examen de saliva: MS:		LB:	Velocidad de Flujo: ml/min:	Fecha:
Cuidador: Bacteria/ Resultado del Examen de saliva: MS:		LB:	Velocidad de Flujo: ml/min:	Fecha:

Metas de Auto-ayuda:

1) _____

2) _____

Desde la última visita:

Nueva Cavitación: Y / N

Nueva lesión de mancha blanca: Y / N

Dolor Dental: Y / N

Tipo de referencia: O.R. I.V.

Sedación oral

Firma del Doctor: _____ **Fecha:** _____

(Updated: 3/17/15)