

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

Nombre del Paciente: _____ I.D.# _____

Edad: _____ Fecha: _____ Fecha de Evaluacion: _____

NOTA: Cualquier SI en la columna 1 significa "Alto Riesgo" y es una indicacion para el examen bacteriano.	SI = CIRCULE			Comentarios:
	1	2	3	
<u>1. Factores de Riesgo(Factores Biologicos Predisponentes)</u>				
(a) Madre/persona que proporciona cuidado tiene caries dental activa en pasado año.	SI			
(b) Biberon con <u>otro</u> liquido aparte de agua, leche sola y/o formula.		SI		Tipo(s):
(c) Continuo uso de Biberon		SI		
(d) El nino duerme con biberon, o se le amamanta cuando lo pide.		SI		
(e) Frecuencia (> 3 veces /dia) de alimentos entre comidas, como: azucares/almidones/bebidas azucaradas		SI		#veces/dia: Tipo(s):
(f) Estan presentes factores reductores de Saliva, como: 1. medicamentos (ej., asma [albuterol] o hyperactividad) 2. medicos (tratamiento de cancer) o factores geneticos.		SI		
(g) El nino tiene necesidades especiales de Salud		SI		
(h) Padres y/o persona que proporciona cuidado tiene bajo SES (status socio-economico) y/o poco conocimiento de salud. WIC/Early Head Start		SI		
<u>2. Factors de Proteccion</u>				
(a) El nino vive en una comunidad con agua fluorada (nota: codigo postal de residencia).			SI	Codigo:
(b) Toma suplementos de fluoruro			SI	
(c) El nino toma agua fluorada (ej., agua de la llave)			SI	
(d) Cepilla los dientes con pasta con fluoruro (tamano de chicharo) por lo menos 2 veces al dia.			SI	#veces/dia:
(e) Barniz de Fluoruro en los ultimos 6 meses.			SI	
(f) Madre entiende el uso de chicles con xylitol/pastilla azucarada			SI	
(g) Se le da xilitol al niño (toallitas, spray, gel son recomendades)			SI	
<u>3. Indicadores de Enfermedad - Examen Clinico del nino</u>				
(a) Manchas blancas obvias, descalcificaciones, o caries presente en los dientes del nino.	SI			
(b) Presencia de restauraciones.	SI			
(c) Placa obvia en los dientes y/o encias sangran facilmente.		SI		
(d) Flujo de saliva visualmente inadecuado.		SI		
(e) Nueva remineralizacion desde la ultima visita (liste los dientes)			SI	Dientes:
Riesgo Total de Caries (circule): ALTO MODERADO BAJO				
Nino: Bacteria/ Saliva Test Results: MS: LB: Flow Rate: ml/min: Date:				
Caregiver: Bacteria/ Saliva Test Results: MS: LB: Flow Rate: ml/min: Date:				

Self management goals:

1) _____

2) _____

Since Last Visit:

New Cavitation: Y / N

New White Spot Lesions: Y / N

Dental Pain: Y / N

Referral Needed on: _____

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