

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ I.D.# \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluacion: \_\_\_\_\_

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