

Forma CRA

Niños de 0 a 5 años

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Factores de Riesgo *Encierre en un círculo:*

USO DEL PACIENTE

Saliva	No	Sí
Mi hijo(a) toma medicamentos diariamente. En caso afirmativo, ¿cuántos?	NO	SÍ (_____)
Mi hijo(a) parece tener la boca seca en algún momento del día o de la noche.	NO	SÍ
Dieta		
Mi hijo(a) continuamente toma sorbos de algo que no sea agua durante el día, duerme con un biberón o se amamanta cuando lo pide.	NO	SÍ
Mi hijo(a) come refrigerios de 1 a 3 veces al día entre comidas.	NO	SÍ
Biopelícula		
Noto acumulación de placa en los dientes de mi hijo(a).	NO	SÍ

PARA USO CLÍNICO ÚNICAMENTE

Indicadores de Enfermedades *Encierre en un círculo:*

¿Caries activas de la Mamá/Cuidadora?	NO	SÍ
¿Cavitaciones visibles nuevas/progresivas?	NO	SÍ
¿Radiolucencias radiográficas proximales nuevas / progresivas?	NO	SÍ
¿Lesiones nuevas/activas de manchas blancas?	NO	SÍ
¿Existe alguna preocupación por el historial de caries?	NO	SÍ

Identificación de Riesgos

Transfiera la información anterior a las siguientes casillas para determinar el riesgo

Saludable	+Factores de Riesgo	+Indicadores de Enfermedad / CariScreen Alto
1 – Riesgo Bajo	2 – Riesgo Moderado	3 – Riesgo Alto
CDT Código D0601	CDT Código D0602	CDT Código D0603