

Forma CRA

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Niños de 0 a 5 años

Factores de Riesgo <i>Encierre en un círculo:</i>			
USO DEL PACIENTE	Saliva	NO	YES
	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
	Resultados de lectura de CariScreen	BAJO (0-1500)	ALTO (1501-9999)
	Indicadores de Enfermedades <i>Encierre en un círculo:</i>		
PARA USO CLÍNICO ÚNICAMENTE	¿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