

Forma CRA

Adultos y Niños Mayores de 6 Años

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Factores de Riesgo *Encierre en un círculo:*

Saliva

¿Usted toma medicamentos diariamente? **NO** **SÍ**
En caso afirmativo, ¿cuántos? (_____)

¿Usted se siente como si tuviera la boca seca a cualquier hora del día o de la noche? **NO** **SÍ**

Dieta

¿Usted bebe líquidos aparte del agua más de 2 veces al día entre comidas? **NO** **SÍ**

¿Usted come refrigerios diariamente entre las comidas? **NO** **SÍ**

Biopelícula

¿Usted nota acumulación de placa en los dientes entre los cepillados? **NO** **SÍ**

Resultados de lectura de CariScreen **BAJO** **ALTO**
(0-1500) (1501-9999)

Indicadores de Enfermedades *Encierre en un círculo:*

¿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