

# Forma CRA

Adultos y Niños Mayores de 6 Años

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Factores de Riesgo *Encierre en un círculo:*

USO DEL PACIENTE

### 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**

PARA USO CLÍNICO ÚNICAMENTE

## 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
<b>1 – Riesgo Bajo</b>	<b>2 – Riesgo Moderado</b>	<b>3 – Riesgo Alto</b>
<b>CDT Código D0601</b>	<b>CDT Código D0602</b>	<b>CDT Código D0603</b>