

Forma CRA

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Adultos y Niños Mayores de 6 Años

Factores de Riesgo *Encierre en un círculo:*

USO DEL PACIENTE

Saliva		
¿Usted toma medicamentos diariamente? En caso afirmativo, ¿cuántos?	NO	SÍ (_____)
¿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
1 – Riesgo Bajo	2 – Riesgo Moderado	3 – Riesgo Alto
CDT Código D0601	CDT Código D0602	CDT Código D0603