

Forma CRA

Niños de 0 a 5 años

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Factores de Riesgo *Encierre en un círculo:*

USO DEL PACIENTE

Saliva

Mi hijo(a) toma medicamentos diariamente. **NO** **SÍ**
En caso afirmativo, ¿cuántos? (_____)

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