

# Forma CRA

Niños de 0 a 5 años

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

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

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

PARA USO CLÍNICO ÚNICAMENTE

Resultados de lectura de CariScreen	BAJO (0-1500)	ALTO (1501-9999)
Indicadores de Enfermedades <i>Encierre en un círculo:</i>		
¿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