

# Forma CRA

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

Niños de 0 a 5 años

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

USO DEL PACIENTE

Saliva		
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

## 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
1 – Riesgo Bajo	2 – Riesgo Moderado	3 – Riesgo Alto
CDT Código D0601	CDT Código D0602	CDT Código D0603

## Guía de recomendación de productos 0-2

1 – Riesgo Bajo 0-2	2 – Riesgo Moderado 0-2	3 – Riesgo Alto 0-2
<p>No se requiere intervención</p>	 <p>Se puede recomendar cualquiera de los de arriba</p>	 <p>Se pueden recomendar los dos de arriba</p>

## Guía de recomendación de productos 3-5

1 – Riesgo Bajo 3-5	2 – Riesgo Moderado 3-5	3 – Riesgo Alto 3-5
<p>No se requiere intervención</p>	 <p>Se puede recomendar cualquiera de los de arriba</p>	 <p>Se pueden recomendar los dos de arriba</p>

## Guía de recomendación de productos 6+

1 – Riesgo Bajo 6+	2 – Riesgo Moderado 6+	3 – Riesgo Alto 6+
<p>No se requiere intervención</p>	 <p>Se puede recomendar cualquiera de los de arriba</p>	 <p>Se pueden recomendar los dos de arriba</p>