

# Formulario CRA Pediátrico

Guía para la prevención de caries

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Descubrimiento de riesgos y enfermedades

Complete la sección a continuación marcando con un círculo la respuesta apropiada para cada pregunta.

|                                                                     |                                                                                                                      |                                         |                  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| PATIENT USE                                                         | Factores de Riesgo                                                                                                   |                                         |                  |
|                                                                     | SALIVA                                                                                                               |                                         |                  |
|                                                                     | Mi hijo toma medicamentos diariamente.<br>De ser así, ¿cuántos?                                                      | NO                                      | SÍ<br>(_____)    |
|                                                                     | Mi hijo parece tener la boca seca en algún momento durante el día o la noche.                                        | NO                                      | SÍ               |
|                                                                     | DIETA                                                                                                                |                                         |                  |
|                                                                     | Mi hijo bebe continuamente algo que no sea agua durante el día, duerme con un biberón o hacemos lactancia a demanda. | NO                                      | SÍ               |
|                                                                     | Mi hijo come tentempiés de 1 a 3 veces al día entre comidas                                                          | NO                                      | SÍ               |
|                                                                     | BIOPELÍCULA                                                                                                          |                                         |                  |
|                                                                     | Noto acumulación de placa en los dientes de mi hijo.                                                                 | NO                                      | SÍ               |
|                                                                     | CLINICIAN USE ONLY                                                                                                   | Resultados de la lectura de CariScreen: | BAJA<br>(0-1500) |
| Indicadores de enfermedad                                           |                                                                                                                      |                                         |                  |
| Mother/Caregiver active caries?                                     |                                                                                                                      | NO                                      | SÍ               |
| ¿Tiene alguna cavitación visible nueva o en progreso?               |                                                                                                                      | NO                                      | SÍ               |
| ¿Tiene alguna radiotransparencia interproximal nueva o en progreso? |                                                                                                                      | NO                                      | SÍ               |
| ¿Tiene descalcificaciones nuevas ?                                  |                                                                                                                      | NO                                      | SÍ               |
|                                                                     | ¿Tiene antecedentes de caries?                                                                                       | NO                                      | SÍ               |

**Identificación del riesgo** El riesgo se determina basándose en las respuestas anteriores; una respuesta azul indica un riesgo moderado, una respuesta roja indica un riesgo alto.

|                  |                      |                             |
|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Saludable        | + Factores de riesgo | + Indicadores de enfermedad |
| 1 - Riesgo bajo  | 2 - Riesgo moderado  | 3 - Riesgo alto             |
| Código CDT D0601 | Código CDT D0602     | Código CDT D0603            |

# Formulario CRA Pediátrico

Guía para la prevención de caries

## Opciones de tratamiento de 0 a 2 años

| 1 - Riesgo bajo                                                                                                                                                                           | 2 - Riesgo moderado                                                                                                                                                                                | 3 - Riesgo alto                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>No es necesario intervenir</b></p>  <p>Opcional: pasta de dientes para niños CariFree Naturals</p> |  <p>Puede recomendar <b>alguna</b> de las anteriores</p> <p>Dentrífico para niños CariFree Naturals, en spray</p> |  <p>Puede recomendar <b>ambas</b> opciones</p> <p>Gel sin fluoruro (con n-HA), en spray</p> |

## Opciones de tratamiento de 3 a 5 años

| 1 - Riesgo bajo                                                                                                                                        | 2 - Riesgo moderado                                                                                                                                                             | 3 - Riesgo alto                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>No es necesario intervenir</b></p>  <p>Opcional- Gel 1100</p> |  <p>Puede recomendar <b>alguna</b> de las anteriores</p> <p>Gel 1100 (con n-HA), en spray</p> |  <p>Puede recomendar <b>ambas</b> opciones</p> <p>Gel 1100 (con n-HA), en spray</p> |

## Treatment Options 6+

| 1 - Riesgo bajo                                                                                                                                        | 2 - Riesgo moderado                                                                                                                                                                                           | 3 - Riesgo alto                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>No es necesario intervenir</b></p>  <p>Opcional- Gel 1100</p> |  <p>Puede recomendar <b>todo</b> de las anteriores</p> <p>PRO Gel 5000 (con n-HA), enjuague de mantenimiento, en spray</p> |  <p>Puede recomendar <b>todo</b> opciones</p> <p>PRO Gel 5000 (con n-HA), en spray, enjuague de tratamiento (enjuague de tratamiento opcional)</p> |

Debido a su sabor intenso, el Enjuague de Tratamiento puede reservarse solo para casos de riesgo extremo. Se recomienda aplicarlo con un cepillo para minimizar las molestias relacionadas con el sabor.