

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

/D OH\ GH &DOLIRUQLD \$UWtFXOR      GHO &yGLJR GH (GXFDfLyQ HVWLSXOD TXH VX KLMR D  
 DxR GH LQVFULSFLyQ HQ XQD HVFXHOD S~EOLFD 8Q SURIHVLRQDO FRQ OLFHQFLD HQ OD VDOX  
 GHEH UHDOL]DU HO H[DPHQ GHQWDO \ FRPSOHWDU OD 6HFFLyQ GH HVWH IRUPXODULR 6L VX  
 DxR HVFRODU StGDOH D VX GHQWLVD TXH FRPSOHWH OD 6HFFLyQ 6L QR OH HV SRVLEOH O

)HFKD GH QDFLPLHQ  
 GHO PHQRU

	<input type="checkbox"/> <b>Bativo de <del>akzi</del> o islas del <del>Dacifico</del></b> 2WURBBBBBBBBBBB BB FRQRFLGR
--	--

6HFFLyQ ,QI

	<p style="text-align: center;">&amp;DULHV VLQWUHQMDUGH WUDWDPLHQWR          FDULHV YLYLQV Q SUREOHPD REYLR          SUHVHQW (DUHQVDDH UHFRPHHQHQ GRORU R LQI          VH EHQHILFLDui GHO VHOODGRU GHQWDO R G  <input type="checkbox"/> 6H QHFHVLWD DVORLyQLUHQW LQIODPDF          OHVLRQHV GHO WHMLGR EODQGR &amp;RQV</p> <p>6 t      <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> 6 t    <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

6HFFLyQ ([HQFLyQ GHO UHTXLVLWR SDUD OD HYDOXDFLyQ GH  
'HEH VHU FRPSOHWDGR SRU HO SDGUH R HO WXWRU TXH VROLFLWD T  
6ROLFLWR TXH PL KLMR D VHD H[LPLGR GHPDUTXMDODXDFLyQGB TXHX

1R SXHGR HQFRQWUDU XQ FRQVXOWRULR GHQWDO TXH DFHSWH HO SOD  
(O SODQ GH VHJXUR GHQWDO GH PL KLMR D HV

0HGL & DO 'HQWBYDUG & DLFHDOQLNLIQJXR

2WUR BBBBBBBBBBBBBBBBBBB

No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).

No dispongo de tiempo para llevar a mi hijo(a) a un dentista (ejemplo: no me dan tiempo libre  
en el trabajo; el dentista no cuenta con un horario de oficina)

---

BB  
)LUPGHO SDGUOHWXWRU)HFKD