

**EL DISTRITO ESCOLAR DE WEBER  
JARÍN DE INFANCIA  
(KINDERGARTEN)  
El Examen Dental (Recomendado)**

NOMBRE DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

Dentista:

Favor de llenar lo siguiente:

¿Se han corregido todos los defectos?  Sí  No

¿Está el niño recibiendo Profilaxis con Flúor?  Sí  No

¿Es normal el desarrollo dental del niño para la edad?  Sí  No

\_\_\_\_\_ D. D. S.

Fecha \_\_\_\_\_