

**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 _____