

Kenosha Unified School District

DENTAL EXAMINATION RECORD
REGISTRO DEL EXAMEN DENTAL

Student Name: _____ Date of Birth _____
Nombre Del Estudiante Fecha de Nacimiento

Parent Name: _____
Nombre del Padre/Madre

Date of Exam: _____
Fecha del Examen Dental

NOTE CONDITIONS AS CHECKED:
MARQUE LAS CONDICIONES ENCONTRADAS:

Cavities present
Tiene Caries

Home brushing care
Cepillado de los dientes en casa

Good
Bien

Needs Improvement
Necesita mejorar

Urgently needs improvement
Necesita mejorar urgentemente

Occlusion or bite Relation
Oclusión o Relación de mordida

Normal
Normal

Abnormal
Anormal

Prompt and urgent attention advised
Se recomienda atención pronta y urgente

Mouth in apparently good condition
Boca aparentemente en buena condición

SPECIAL NOTE: Even though your child's mouth condition may be good at this time,
routine and regular examinations by
