



**First Dental Home  
Visit Documentation**

Patient's Name:		Date of Visit:
Age (in months):		
Parent/Guardian at Appointment:		
Visit Component	✓	Comments/Observations
Review of Health History		
Review of Dental History		
Oral Health of Primary Caregiver		
Oral Evaluation		
Caries Risk Assessment		
Toothbrush Prophylaxis or Prophylaxis		
Oral Hygiene Instruction with parent/caregiver		
Anticipatory Guidance		
❖ Oral Health and Home Care		
❖ Oral Health of Primary Caregiver/Other Family Members		
❖ Development of mouth/teeth		
❖ Oral Habits		
❖ Diet/Nutrition		
❖ Fluoride Needs		
❖ Injury Prevention		
❖ Medications and Oral Health		

**Please note: Abnormal findings should be documented in the patient's record.**

Fluoride varnish applied

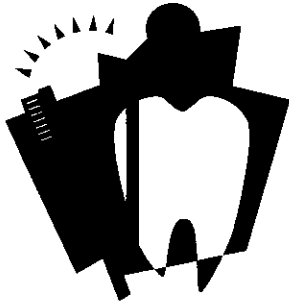
Referral made to:  Dental Specialist

Name of Dental Specialist \_\_\_\_\_

Including this visit, how many times has the child had a First Dental Home visit in your office? \_\_\_\_\_

**PRIVACY NOTIFICATION:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

# Dental Risk Assessment Questionnaire



Parents and caregivers – use this form to tell us about the oral health of your child. This will be part of your child’s health record.

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Child’s Name \_\_\_\_\_ Child’s Age \_\_\_\_\_

- |  | Yes                      | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Does your family drink water with fluoride in it or do your children take fluoride tablets?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Does your child use a toothpaste with fluoride in it?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do you help your child with toothbrushing?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you or your children ever had a bad dental experience?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have any of your children ever had cavities?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Does your child complain of mouth pain?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Does your child take a bottle to bed?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Does your child walk around drinking from a bottle or cup?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. How many times does your child eat a snack each day? _____  |                          |                          |
| 10. How many bottles does your child have each day? _____  |                          |                          |
| 11. How is your own dental health? <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor |                          |                          |
| 12. Do you have any cavities?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Do your gums bleed?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

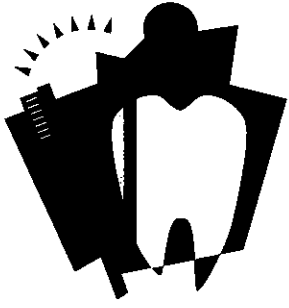
## Did you know?

**For every 100 school children, more than 5 days of school per year are lost due to dental disease.**

**Good dental health is important!**

**PRIVACY NOTIFICATION:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

# Cuestionario para evaluar el riesgo dental



A los padres y personas que cuidan a niños: utilice este formulario para decirnos sobre la salud oral de su niño. La presente será parte del expediente médico de su niño.

Nombre de Padre / Madre / Tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Edad del niño \_\_\_\_\_

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Toma su familia agua que contiene fluoruro, o toman sus niños tabletas de fluoruro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usa su niño una pasta de dientes que contiene fluoruro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ayuda usted a su niño a cepillarse los dientes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido caries alguno de sus niños?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se queja su niño de dolor en la boca?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Lleva un biberón a la cama su niño?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Siempre camina su niño bebiendo de un biberón o tasa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cuántas veces durante el día come bocadillos su niño? _____  |                          |                          |
| 10. ¿Cuántos biberones toma su niño cada día? _____  |                          |                          |
| 11. ¿Cómo está su propia salud dental? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala |                          |                          |
| 12. ¿Tiene caries usted?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se le sangran las encías?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ¿Sabía usted?

Entre cada 100 niños de edad escolar, se pierden más de 5 días de escuela por año debido a enfermedades dentales.

**¡Una buena salud dental es importante!**

**NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)



# Oral Health Questionnaire

Child's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Child's Age \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth \_\_\_\_\_

## HEALTH HISTORY

- |  | Yes                      | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Did the birth mother have any problems during pregnancy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was your child premature?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was your child's birth weight low?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Were there any complications at birth?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Has your child been ill?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is your child on any medications?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DIET AND NUTRITION

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Is/was your child breastfed?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your child sleep with a bottle?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your child drink from a cup?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your child walk around drinking from a bottle or cup? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is your child on a special diet?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| How many times does your child snack each day? _____       |                          |                          |
| How many bottles does your child have each day? _____      |                          |                          |

## FLUORIDE ADEQUACY

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Do you know the fluoride level of your water?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have well water?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you use bottled water?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you use a water conditioner or filtration system? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please list _____                            |                          |                          |
| Do you use fluoride toothpaste for your child?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ORAL HABITS

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Does your child use a pacifier?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your child suck a thumb or fingers?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your child grind his/her teeth day or night? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## INJURY PREVENTION

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Is your child walking?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is your home childproofed?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you use a car seat for your child?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Has your child had an injury to his/her mouth or face? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ORAL DEVELOPMENT

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Does your child have any teeth?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Child's age (in months) when the first tooth came in? _____     |                          |                          |
| Has your child had teething problems?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you noticed any problems with your child's mouth or teeth? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your child complain of mouth pain?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have any of your children ever had cavities?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you or your children ever had a bad dental experience?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ORAL HYGIENE

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Do you clean your child's gums/teeth?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you use a toothbrush to clean your child's teeth? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you use toothpaste to clean your child's teeth?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**PRIVACY NOTIFICATION:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)



# Cuestionario sobre la salud oral

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tuvo la madre de nacimiento algunos problemas durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Nació prematuro su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fue bajo el peso natal de su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo algunas complicaciones durante el parto?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado enfermo su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está tomando medicamentos su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DIETA Y NUTRICIÓN

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le dio (le da) leche de mamá a su niño?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Duerme su niño con un biberón?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe de una tasa su niño?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Siempre camina bebiendo de un biberón o tasa su niño?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sigue su niño una dieta especial?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas veces durante el día come botanas su niño? _____ |                          |                          |
| ¿Cuántos biberones toma su niño durante el día? _____     |                          |                          |

## SUFICIENCIA DE FLUORURO

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Conoce usted el nivel de fluoruro en su agua?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene agua de pozo?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa agua embotellada?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un acondicionador de agua o sistema de filtración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó sí, indíquelo _____                         |                          |                          |
| ¿Usa pasta de dientes con fluoruro para su niño?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HÁBITOS ORALES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usa su niño un chupete?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Chupa su niño el pulgar o los dedos?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le rechinan los dientes su niño durante el día o la noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PREVENCIÓN DE LESIONES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Camina su niño?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está su casa a prueba de niños?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa su niño un asiento para niños?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido su niño una lesión a la boca o la cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESARROLLO ORAL

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene su niño unos dientes ya?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edad del niño (en meses) cuando salió su primer diente _____                             |                          |                          |
| ¿Ha tenido su niño problemas de dentición?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha notado usted algún problema con la boca o los dientes de su niño?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se queja su niño de dolor en la boca?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguno de sus niños caries?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HIGIENE ORAL

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Limpia usted las encías o los dientes de su niño?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un cepillo de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa pasta de dientes para limpiar los dientes de su niño?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)