

SAN YSIDRO HEALTH CENTER, INC.
CAMBRA-CHDP
Caries Risk Assessment Form

Assessment (check one):

☐ Initial Exam ☐ 3 Month ☐ 6 Month

	1 HIGH	2 MOD	3 LOW	
Note: Any one Yes in Column 1 signifies likely "High" Risk	YES	YES	YES	Comments
1. Risk Factors (Biological Predisposing Factors)				
a) Mother or primary caregiver has had active dental decay in the past 12 months	☐			
b) Between-meal snacks greater than 3 times per day of sugars, cooked starch (pasta) or sugar beverages (soda or juice)	☐			
c) WIC participant and/or child participates in Free Lunch Program and/or Early Head Start	☐			
d) Bottle use with fluid other than water, plain milk and/or plain formula	☐			Type of fluid:
e) Child sleeps with a bottle with fluid other than water, or nurses on demand	☐			
f) Saliva-reducing factors are present, including: 1. Medications (e.g., for Asthma or Hyperactivity) 2. Medical (cancer treatment) or genetic factors		☐		☐ Asthma ☐ ADHD ☐ Chronic Allergies / Sinusitis
g) Child has developmental problems/CSHCN (child with special health care needs)		☐		
2. Protective Factors				
a) Child lives in a fluoridated community or takes fluoride supplements by slowly dissolving or as chewable tablets (note resident ZIP code)			☐	
b) Child drinks fluoridated water (e.g., use of tap water)			☐	
c) Teeth brushed with fluoridated toothpaste (smear) at least once per day			☐	
d) Teeth brushed with fluoridated toothpaste (smear) at least twice per day			☐	
e) Fluoride Varnish in last 6 months			☐	
3. Disease Indicators/Risk Factors - Clinical Exam				
a) Obvious white spots, decalcifications enamel defects or obvious decay present on the child's teeth	☐			
b) Restorations present (past caries experience for the child)	☐			
c) Plaque is obvious on the teeth and/or gums bleed easily		☐		
d) Visually inadequate saliva flow		☐		
e) New remineralization since last exam (List teeth:)				

Patient's Risk Assessment Score (check appropriate):

☐ HIGH ☐ MOD ☐ LOW

Provider Recommendations (check appropriate):

☐ 3 Month Recall

☐ 6 Month Recall

☐ Immediate Dental Needs

☐ Self -Management Goals for Parent / Caregiver

SAN YSIDRO HEALTH CENTER, INC.
CAMBRA-CHDP
Forma para la Evaluación de Caries

Evaluación (seleccione una):

☐ Examen Inicial ☐ 3 Meses ☐ 6 Meses

	1 ALTO	2 MEDIO	3 BAJO	
Nota: Cualquier respuesta "Si" en la Columna 1 significa "ALTO" riesgo	SI	SI	SI	Comentarios

1. Factores de Riesgo (Factores Biológicos que predisponen)

a) La Madre ó el tutor principal han tenido caries en los últimos 12 meses.	☐			
b) Consume más de 3 bocadillos que contengan azúcar, galletas ó bebidas azucaradas (Soda ó jugo) entre cada comida.	☐			
c) Participa usted ó su niño en el programa de WIC, Almuerzo Gratis ó Programa de Head Start.	☐			
d) Usa el biberón con otro fluido que no sea agua, leche ó formula.	☐			Tipo de fluido:
e) Niño duerme con el biberón con algún otro fluido que no sea agua.	☐			
f) Factores que pueden reducir el fluido de saliva tales como: 1. Medicamentos (para el asma ó hiperactividad) 2. Medico (tratamiento de cáncer) ó factores genéticos.		☐		☐ Asma ☐ TDAH ☐ Alergias Crónicas/ Sinusitis
g) El niño tiene problemas de Desarrollo (niño con problemas de salud que requiera cuidados especiales).		☐		

2. Factores que pueden ayudar

a) El niño vive en una comunidad que provea agua con fluoruro o toma suplementos de fluoruro ya sea en gotas o tabletas masticables (Pregunte por el Código Postal).			☐	
b) El niño toma agua que contenga Fluoruro (Por ejemplo: usa el agua de la llave).			☐	
c) El niño se lava los dientes con pasta que contenga fluoruro por lo menos una vez al día.			☐	
d) El niño se lava los dientes con pasta que contenga fluoruro por lo menos uno ó dos veces al día.			☐	
e) Le han aplicado fluoruro en los últimos 6 meses			☐	

3. Indicadores de Enfermedades/ Factores de Riesgo - Examen Clínico

a) Manchas blancas visible, descalcificación ó defectos del esmalte ó caries presentes en los dientes de su niño.	☐			
b) Restoraciones presentes (experiencias de caries en el pasado).	☐			
c) Placa es obvia en los dientes y/ó le sangran las encías fácilmente.		☐		
d) Visualmente tiene un fluido de saliva inadecuado.		☐		
e) Nueva remineralización desde el último examen (enumere los dientes)				

Puntuación de la Evaluación de riesgo del Paciente:

☐ ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO

Recomendaciones del Proveedor: ☐ Examen en 3 meses ☐ Examen en 6 meses

☐ Necesidad Dental Inmediata ☐ Auto Manejo de Metas para Padre/Tutor Principal