



DENTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
**Brooke Rushing, BSN, RN**  
Registered School Nurse  
[brushing2@dentonisd.org](mailto:brushing2@dentonisd.org)  
Ann Windle School for Young Children  
901 Audra Lane  
Denton, Texas 76209  
Phone: 940-369-3906  
Fax: 940-304-3446

## VISITA AL DENTISTA PARA ESTUDIANTES NUEVOS Y ANTIGUOS 2025-2026

- REF:** Formulario para la visita al dentista
- QUIÉN:** Todos los estudiantes antiguos y nuevos que piensan participar en el programa de Head Start en el año escolar 2025-2026.
- QUÉ:** Formulario para ser entregado cuando vaya al dentista.
- DÓNDE:** Se pedirá en forma **obligatoria** el formulario **completado** de la visita al dentista cuando llegue a la puerta para continuar el proceso de las inscripciones. Si su hijo/a no a ido al dentista en los últimos seis meses, por favor fije una cita con el dentista **antes** de la fecha de su cita y antes de que no pueda obtener una cita en la temporada alta de otoño. Si el formulario dental no ha sido completado antes de la fecha y hora de la evaluación, es posible que su niña/o sea colocada/o en la lista de prioridad o espera. Por favor no olvide pedir la firma del dentista en su formulario. **No habrá excepciones.**
- ENTREGUE A:** La enfermera, Brooke Rushing (940) 369-3906
- PREGUNTAS:** Por favor dirija todas sus preguntas a nuestra enfermera, a la asistente de servicios familiares y a la trabajadora social.



## Head Start Oral Health Form—Children

### Patient Information

_____	_____	_____	_____
Child's name	Date of birth	Parent's/guardian's name	Phone number
_____	_____	_____	_____
Address	City	State	Zip code

This practice is the child's dental home:  Yes  No

### Current Oral Health Status

Does the child have any teeth with untreated decay?  Yes (decay)  No (decay free)

Does the child have any teeth that have previously been treated for decay, including fillings, crowns, or extractions?  Yes  No

Are there treatment needs?  Yes, urgent  Yes, not urgent  No treatment needs

### Oral Health Care Services Delivered During Visit

Diagnostic/Preventive Services	Counseling/Anticipatory Guidance	Restorative/Emergency Care
Examination: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fillings: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
X-rays: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Crowns: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Risk assessment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Referral to Specialty Care</b>	Extractions: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cleaning: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Emergency care: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fluoride varnish: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	Other: _____
Dental sealants: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	(Please specify specialist)	(Please specify)

### Future Oral Health Care Services

All treatment completed:  Yes  No      Next recall date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (month/year)

More appointments needed for treatment?  Yes  No

If yes: Approximate number of appointments needed: \_\_\_\_\_ Next appointment: Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

### Additional Information for Parents, Head Start Staff, and Medical Providers

\_\_\_\_\_

### Oral Health Provider's Contact Information and Signature

_____	_____	_____
Provider name (please print)	Phone number	Fax number
_____	_____	_____
Practice name	Address	_____
_____	_____	_____
Provider signature	Date of service	_____