

## Carta Trámite

<Insertar fecha>

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc., para el Plan Vital Región Única y Población Vital-X (Virtual)

***Re: Formulario de Cernimiento de Riesgo de Caries***

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc.

Adjunto encontrará el Formulario de Cernimiento de Riesgo de Caries desarrollado por la División Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud, emitido el 10 de diciembre de 2019 por la Administración de Seguros de Salud (ASES).

Al administrar este formulario a los menores de 6 y 9 meses de edad, usted está cumpliendo con el Programa de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) y con el requerimiento de las Guías de Servicios Pediátricos Preventivos del Departamento de Salud.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este formulario o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802. Nuestro horario de servicio es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a nuestra página electrónica [www.firstmedicalvital.com](http://www.firstmedicalvital.com).

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento  
First Medical Health Plan, Inc.

DEPARTAMENTO DE SALUD  
DIVISIÓN MADRES, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
**CERNIMIENTO DE RIESGO DE CARIES**

# de expediente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del infante: \_\_\_\_\_  
mm/dd/aaaa

Apellidos del infante: \_\_\_\_\_ Apellidos de la madre: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación oral: \_\_\_\_\_

Visita:  6 meses  9 meses  Otra, especifique: \_\_\_\_\_ mm/dd/aaaa

A. HISTORIAL PERTINENTE A RIESGOS PARA CARIES EN INFANTE	Marque la respuesta que corresponda		Intervenciones sugeridas
1. La madre o cuidador/a primario tiene historial de caries en los últimos 12 meses.	⚠ Sí o no sé	No	2, 7
2. Hermanito/s tiene/n historial de caries.	⚠ Sí o no sé	No o N/A	2, 7
3. La madre o cuidador/a primario tiene dentista.	Sí	⚠ No o no sé	2, 7
4. La madre o cuidador/a ha visitado al dentista los últimos 6 meses.	Sí	⚠ No o no sé	2, 7
5. Uso continuo de botella o taza de entrenamiento ( <i>sippy cup</i> ) con líquido que no sea agua (ej. jugo, leche, etc.).	⚠ Sí o no sé	No	4, 6
6. El/la infante o la madre consumen tres o más meriendas que contienen azúcar al día.	⚠ Sí o no sé	No	5, 6
7. Le da al bebé un biberón que contiene jugo o leche cuando lo acuesta de noche.	⚠ Sí o no sé	No	4
8. Niño/a con necesidades especiales de atención médica.	⚠ Sí	No	1 al 7
9. El/la niño/a se cepilla los dientes dos veces al día con pasta dental que contiene fluoruro, o no tiene dientes, pero su cuidador/a le limpia la boca con una gasa o paño suave dos veces al día.	Sí	⚠ No o no sé	1, 3

**CLAVE**Cernimiento de alto riesgo

Al menos una contestación marcada con ⚠ se categoriza como **ALTO RIESGO DE CARIES** y por tanto se cataloga como un **cernimiento de caries positivo**. El infante requerirá referido para una evaluación por un dentista comenzando a los seis meses de edad (o cuando presente las primeras denticiones a partir de los seis meses de edad). Aunque el infante no tenga dientes, se clasifica como alto riesgo si tiene una contestación marcada con ⚠

Cernimiento de caries de bajo riesgo

Si no hay ninguna contestación marcada con ⚠ se clasifica como **BAJO RIESGO DE CARIES** y por tanto se cataloga como un **cernimiento de caries negativo**.

**B. RESULTADO DEL CERNIMIENTO DE RIESGO DE CARIES**

1. Indique el resultado según las contestaciones:  Cernimiento de caries de **alto riesgo, NO tiene dientes**  
 Cernimiento de caries de **alto riesgo, tiene dientes**  
 Cernimiento de caries de **bajo riesgo**


2. Indique qué acción tomó. *Escoja una opción.*

**ALTO RIESGO**

- Referido al dentista. Indique fecha del referido: \_\_\_\_\_ mm/dd/aaaa  
 Referido del infante a dentista pediátrico pospuesto hasta que surjan los primeros dientes.  
 No requiere referido, niño/a ya visita al dentista. Fecha última visita: \_\_\_\_\_ mm/dd/aaaa

**BAJO RIESGO**

- Esperar a referir antes de cumplir el año, y repetir el cernimiento a los 12 meses.  
 Referido al dentista por edad (12 meses aunque no tenga dientes)  
 No requiere referido, niño/a ya visita al dentista. Fecha última visita: \_\_\_\_\_ mm/dd/aaaa

 **NOTA:** Todo infante que no sea clasificado de alto riesgo debe referirse para una visita al dentista al cumplir el año de edad, y a partir del primer año debe continuar visitando al dentista dos veces al año.

3. Indique  en el dibujo qué diente/s tiene presente.



Indique el número de dientes: \_\_\_\_\_  
 No tiene dientes todavía

**C. PLAN DE CUIDADO ORAL CON INTERVENCIONES SUGERIDAS**

Indique las intervenciones sugeridas al/la cuidador/a del infante. Marque todas las que apliquen.

1. Limpiar la boca con una gasa o paño suave dos veces al día desde recién nacido para adoptar hábitos de higiene oral a todo bebé, incluyendo los amamantados.
2. Orientar sobre transmisión de bacterias que causan caries y cómo evitar la transmisión; promover que hermanos/as, padres/madres y cuidadores/as no compartan cucharas y utensilios con bebé, no soplen la comida de bebé, le besen en la boca ni limpien el biberón con la boca.
3. Una vez tenga su primer diente, cepillar dos veces por día, usando pasta dental con fluoruro apropiada para la edad (del tamaño de un grano de arroz) y no enjuagar. Reemplazar cepillos cuando las cerdas se vean gastadas.
4. Quitar gradualmente el biberón con leche al dormirle. Alternativa: dar leche antes de la hora de dormir, y dar biberón solo con agua antes de dormirle. Estrategia alterna: diluir todas las noches el biberón de leche con agua, cada vez con mayor cantidad de agua, hasta que se acostumbre a solo tomar agua antes de dormir. En madres lactantes igual de importante dar agua antes de dormirlo una vez comience a consumir sólidos.
5. Evitar meriendas y comidas que contengan azúcar (cariogénicas). Sustituir meriendas con azúcar por frutas frescas o envasadas sin azúcar añadida, en la consistencia adecuada para su edad (en puré o majadas).
6. No ofrecer jugo a menores de 1 año. Promover tener solo agua en biberones y en vasos con boquilla (sippy cups) durante el día.
7. Recomendar que los padres/madres, hermanos/as o cuidador/a visiten al dentista cada seis meses.