



Oral Hygiene Report Card

Date: _____

Fecha

Dear Parent/Guardian of:

Estimado Padre/Guardian Legal de:

Name: _____ **Date of Birth:** _____

Nombre

Fecha de Nacimiento

Your child was provided with the following services:

A su hijo/a se le proporcionaron los siguientes servicios:

- Screening/Pruebas: _____
- Prophy/Profilaxis: _____
- Fluoride/Fluoruro: _____
- Sealants/Sellantes: _____

Is treatment needed/Tratamiento es necesario: **Yes/Si** **No**

Reason for Referral/Razon para el Referido:

() **URGENT** rampant tooth decay/**URGENTE**, dientes en mala condicion

() Cavities need filling/ Caries necesitan empaste

() Routine dental care/Cuidado dental de rutina

() Other/Otro: _____

Thank you/Gracias

J & S Smile Pros

Phone number (413) 459-2968

Email: Jands.smilepros@gmail.com