

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!