

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 del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Edad del niño _____

Nombre de Padre/ Madre/ Tutor legal _____ Date _____

Por favor, marque su respuesta con un circulo.

- 1) ¿ Toma su familia agua que contiene fluoruro, o toman sus niños tabletas de fluoruro? Sí No
- 2) ¿ Usa su niño una pasta de dientes que contiene fluoruro? Sí No
- 3) ¿ Ayuda usted a su niño a cepillarse los dientes? Sí No
- 4) ¿ Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? Sí No
- 5) ¿ Ha tenido caries alguno de sus niños? Sí No
- 6) ¿ Se queja su niño de dolor en la boca? Sí No
- 7) ¿ Lleva un biberón a la cama su niño? Sí No
- 8) ¿ Siempre camina su niño bebiendo de un biberón o tasa? Sí No
- 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? Buena Pasable Mala
- 12) ¿ Tiene caries usted? Sí No
- 13) ¿ Se le sangran las encías? Sí No

¿ 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!