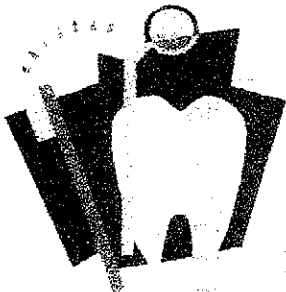


Cuestionario para evaluar el riesgo dental



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!

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)



Cuestionario sobre la salud oral

Nombre del niño _____ Fecha _____

Edad del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____

HISTORIAL MÉDICO

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tuvo la madre de nacimiento algunos problemas durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Nació prematuro su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fue bajo el peso natal de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo algunas complicaciones durante el parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado enfermo su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está tomando medicamentos su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DIETA Y NUTRICIÓN

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le dio (le da) leche de mamá a su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Duerme su niño con un biberón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe de una tasa su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Siempre camina bebiendo de un biberón o tasa su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sigue su niño una dieta especial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas veces durante el día come botanas su niño? _____ | | |
| ¿Cuántos biberones toma su niño durante el día? _____ | | |

SUFICIENCIA DE FLUORURO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Conoce usted el nivel de fluoruro en su agua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene agua de pozo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa agua embotellada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un acondicionador de agua o sistema de filtración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó sí, indíquelo _____ | | |
| ¿Usa pasta de dientes con fluoruro para su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HÁBITOS ORALES

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usa su niño un chupete? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Chupa su niño el pulgar o los dedos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le rechinan los dientes su niño durante el día o la noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREVENCIÓN DE LESIONES

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Camina su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está su casa a prueba de niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa su niño un asiento para niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido su niño una lesión a la boca o la cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESARROLLO ORAL

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene su niño unos dientes ya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edad del niño (en meses) cuando salió su primer diente _____ | | |
| ¿Ha tenido su niño problemas de dentición? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha notado usted algún problema con la boca o los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se queja su niño de dolor en la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguno de sus niños caries? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HIGIENE ORAL

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Limpia usted las encías o los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un cepillo de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa pasta de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)