



# 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)