

Cuestionario previo a la visita de salud oral

Para padres/tutores de pacientes menores de 11 años

Instrucciones: Padre o tutor del paciente de 11 años o menos

1. Escriba el nombre del paciente
2. Escriba la edad del paciente en años o meses
3. Encierre en un círculo la respuesta correcta en los cuadros de la derecha: Sí, No o No estoy seguro(a)

Nombre del paciente: _____ Edad del paciente: _____ (años o meses)

1.	¿Tiene preguntas o dudas acerca de los dientes o la boca de su hijo(a)?	Sí	No	No estoy seguro(a)
2.	¿Tiene su hijo(a) necesidades especiales de atención médica que dificultan el cepillado de los dientes?	Sí	No	No estoy seguro(a)
3.	¿Tiene su hijo(a) un lugar al que puede acudir para recibir atención dental?	Sí	No	No estoy seguro(a)
4.	¿Ha tenido su hijo(a) una consulta dental en los últimos 6 meses? En caso afirmativo, fecha: ___/___/___ Razón: _____ Proveedor: _____ Teléfono: _____	Sí	No	No estoy seguro(a)
5.	¿Su hijo(a) ha tenido caries? Si es así, ¿se dio tratamiento?	Sí	No	No estoy seguro(a)
6.	¿Usted (padre o cuidador) ha tenido caries en los últimos 12 meses? Si es así, ¿se dio tratamiento?	Sí Sí	No No	No estoy seguro(a)
7.	Para bebés y niños pequeños hasta los 3 años de edad: ¿Su hijo(a) duerme con el biberón o toma pecho durante toda la noche? ¿Su hijo(a) usa biberón o vasito con boquilla la mayoría de los días de la semana?	Sí Sí	No No	No estoy seguro(a) No estoy seguro(a)
8.	¿Su hijo(a) suele comer meriendas entre comidas la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	No estoy seguro(a)
9.	¿Su hijo(a) toma bebidas azucaradas o come alimentos que se le pegan a los dientes, como caramelos pegajosos, la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	No estoy seguro(a)
10.	¿Bebe su hijo(a) agua fluorada o toma suplementos de fluoruro la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	No estoy seguro(a)
11.	La mayoría de los días, ¿con qué frecuencia se cepillan los dientes de su hijo(a)? En el caso de los bebés, ¿se limpian las encías después de la alimentación?	2 veces	1 vez	0
12.	¿Su familia usa pasta de dientes con flúor?	Sí	No	No estoy seguro(a)
13.	¿Ha tenido su hijo(a) un tratamiento con barniz de flúor en los últimos 6 meses? En caso afirmativo, ¿dónde se aplicó el barniz? <input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Consultorio dental <input type="checkbox"/> Escuela	Sí	No	No estoy seguro(a)
14.	¿Qué puede pensar en hacer mejor para mantener la boca sana de su hijo(a)?			

Cuestionario previo a la visita de salud oral

Para pacientes (12-21 años)

Nombre del paciente: _____ Edad del paciente: _____ años

Cualquier pregunta con una respuesta en un cuadro sombreado indica un factor de riesgo potencial.				
1.	¿Tienes preguntas o dudas acerca de tus dientes o boca?	Sí	No	No estoy seguro(a)
2.	¿Tienes necesidades especiales de atención médica?	Sí	No	No estoy seguro(a)
3.	¿Tienes un lugar al que puedes acudir para recibir atención dental?	Sí	No	No estoy seguro(a)
4.	¿Has tenido una consulta dental en los últimos 6 meses? En caso afirmativo, fecha: ___/___/___ Razón: _____ Proveedor: _____ Teléfono: _____	Sí	No	No estoy seguro(a)
5.	¿Has tenido caries o inflamación de las encías con dolor en los últimos 12 meses? Si es así, ¿se dio tratamiento? Detalles: _____	Sí	No	No estoy seguro(a)
6.	¿Bebes agua fluorada, como agua del grifo con fluoruro, la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	No estoy seguro(a)
7.	En promedio, ¿cuántas veces te cepillas los dientes al día?	2 veces	1 vez	0
8.	¿Te cepillas los dientes con pasta dental con flúor?	Sí	No	No estoy seguro(a)
9.	¿Utilizas un enjuague bucal que contiene flúor?	Sí	No	No estoy seguro(a)
10.	¿Sueles comer meriendas entre comidas la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	No estoy seguro(a)
11.	¿Bebes bebidas azucaradas (incluyendo gaseosas, bebidas deportivas, jugos, bebidas energéticas, etc.) la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	No estoy seguro(a)
12.	¿Comes alimentos que se pegan a los dientes, como caramelos pegajosos, la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	No estoy seguro(a)
13.	¿Usas frenos u otro aparato dental? En caso afirmativo, describe: _____	Sí	No	No estoy seguro(a)
14.	¿Tienes piercings en la lengua, las mejillas o los labios o estás pensando en hacerte alguno?	Sí	No	No estoy seguro(a)
15.	¿Fumas o masticas tabaco, usas cigarrillos electrónicos o consumes otras drogas recreativas? En caso afirmativo, describe: _____	Sí	No	No estoy seguro(a)
16.	¿Qué puedes pensar en hacer mejor para mantener la boca sana?			

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO: Cualquier pregunta con una respuesta en un **cuadro sombreado** indica un factor de riesgo potencial.