

**HIGIENE BUCODENTAL**

1. ¿Tiene su hijo cepillo de dientes?  Sí  No
2. Tipo de cepillo utiliza habitualmente:  Manual  Eléctrico
3. ¿Cada cuánto tiempo renueva el cepillo dental?  Cada 3 meses  Cada 6 meses
4. ¿A qué edad empezó a limpiarse los dientes?  
 1-4 años  4-6 años  6-8 años  8-12 años
5. Frecuencia con la que su hijo/a realiza cepillado dental diario:  
 Nunca  1 vez por día  2 veces por día  3 veces por día  Más de 3 veces por día
6. ¿Cuánto tiempo dura el cepillado de dientes de su hijo?  
 No se cepilla los dientes  Menos de 1 minuto  1-2 minutos  Más de 2 minutos
7. ¿Qué pasta dentífrica utiliza? \_\_\_\_\_
8. Sí no se cepilla los dientes tras cada comida ¿a qué se debe? Por favor marque todas las opciones que correspondan  
 No tiene tiempo  No le apetece  Se le olvida  No le parece necesario  Está fuera de casa
9. ¿Dónde le han enseñado a su hijo a cepillarse los dientes? Por favor marque todas las opciones que correspondan  
 Casa  Colegio  Dentista  Nadie le ha enseñado
10. ¿Usa seda dental para limpiarse los dientes?  
 Nunca  De vez en cuando  1 vez al día  Varias veces al día
11. ¿Usa colutorio/ enjuague tras limpiarse los dientes?  
 Nunca  Sí, todos los días  Sí, de vez en cuando **¿Cuál?** \_\_\_\_\_
12. Edad de primera visita al odontólogo: \_\_\_\_\_ años  No acudió nunca
13. ¿Cuál fue el motivo de la primera visita al dentista?  Revisión  Dolor/ Caries  Otro: \_\_\_\_\_
14. Cuando necesita ir al odontólogo, ¿dónde acude?  Centro de Salud  Consulta particular privada
15. ¿Cuándo fue al dentista por última vez?  
 Nunca  Menos de 1 mes  1mes-1años  Más de 1 año
16. ¿Lleva empastes metálicos?  Sí  No
17. ¿Tiene alguna endodoncia?  Sí  No
18. ¿Ha tomado en algún momento tetraciclinas (antibiótico)?  Sí  No
19. ¿Lleva aparato de ortodoncia?  Sí  No
20. ¿Ha tomado suplementos de flúor prescritos por un dentista?  
 Sí **¿Cuál?** \_\_\_\_\_  
 No
21. ¿Con qué frecuencia tomo alimentos azucarados como golosinas, bollos, galletas, pan de molde, zumos envasados, refrescos, chocolate, nocilla, etc.?  
 Nunca/ Casi nunca  Varias veces al mes  Varias veces a la semana  A diario
22. Edad de erupción del primer diente: \_\_\_\_\_ meses  No recuerda
23. ¿Tipo de lactancia ha recibido su hijo/a?  Materna **¿Cuánto tiempo?** \_\_\_\_\_  
 Artificial **¿Cuánto tiempo?** \_\_\_\_\_