

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?** _____