

PAUTA PROGRAMA CERO ODONTOLÓGICO.

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

RUT: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

COLEGIO: _____

NOMBRE APODERADO: _____

Conteste todas las preguntas a continuación. Marque solo una alternativa por pregunta:

1. ¿El niño/a presenta alguna enfermedad sistémica o alergias?

- a) Sí ¿Cual? _____
b) No

2. ¿El niño/a presenta alguna condición de discapacidad?

- a) Sí b) No

3. Los padres o cuidadores, ¿Le lavan los dientes al niño/a?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

4. Los padres o cuidadores ¿Supervisan el cepillado de dientes del niño/a?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

5. ¿Cuántas veces al día el niño/a se lava los dientes?

- a) Al menos 2 veces al día b) Menos de 2 veces al día

6. ¿El niño/a se lava los dientes antes de dormir?

- a) Siempre b) A veces / Nunca

7. ¿Cuántas veces al día el niño/a ingiere alimentos o líquidos azucarados?

- a) 0 veces al día c) 1 o más veces al día
b) Entre 0 a 3 veces al día d) 4 o más veces al día

8. ¿En qué momento el niño/a realiza ingesta de alimentos azucarados?

- a) Con las comidas principales b) Entre comidas principales

9. Si el niño/a utiliza mamadera, ¿Se queda dormido/a con ella?

- b) Nunca b) A veces / Siempre

10. ¿El niño/a ingiere líquidos o alimentos azucarados después del último cepillado dental?

- b) Nunca b) A veces / Siempre

11. ¿Utiliza el niño/a pasta de dientes con flúor? (Revisar etiqueta de la pasta dental usada)

- b) Sí b) No

12. ¿El niño/a se succiona el dedo de modo persistente?

- b) Sí b) No

13. ¿El niño/a ocupa chupete de entretención, mamadera u otro objeto?

- b) Sí b) No