



Questionario de Salud Oral para: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ésta forma fue llenada por: \_\_\_\_\_ Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| Historial de Salud  | Sí | No | Comentarios |
|---|----|----|-------------|
| ¿La madre biológica, tuvo problemas durante el embarazo?  |    |    |             |
| Fue su hijo(a) prematuro y/o sufre de bajo peso/ complicaciones al nacer?   |    |    |             |
| ¿Está su hijo(a) bajo algún medicamento?  |    |    |             |
| <b>Dieta y Nutrición</b>  |    |    |             |
| ¿Le dió/ da pecho a su hijo(a)? Si es así, ¿por cuánto tiempo?  |    |    |             |
| ¿Duerme su hijo(a) con biberón? (si se aplica)  |    |    |             |
| ¿Cuántas veces su hijo(a) tiene: Algo de tomar al día? _____ veces. ¿De comer al día? _____ veces. (esto incluye entre comidas) |    |    |             |
| ¿Está su hijo(a) bajo alguna dieta especial?  |    |    |             |
| <b>Fluoruro Apropriado</b>  |    |    |             |
| ¿Cuál es la fuente de agua primordial de su hijo(a)? (noria, llave, botellón, etc.)   |    |    |             |
| ¿Usa pasta con fluoruro para su hijo(a)?  |    |    |             |
| <b>Hábitos Orales</b>   |    |    |             |
| ¿Su hijo(a) usa chupón? (si se aplica)  |    |    |             |
| ¿Su hijo(a) se chupa alguno de sus dedos?   |    |    |             |
| ¿Su hijo(a) rechina los dientes durante el día o noche?   |    |    |             |
| <b>Prevención de Lesiones</b>   |    |    |             |
| ¿Usa asiento de seguridad para su hijo(a)? (si se aplica)   |    |    |             |
| ¿Su hijo(a) juega algún deporte? (si se aplica)   |    |    |             |
| ¿A sufrido su hijo(a) de algún percance en su cara o boca?  |    |    |             |
| <b>Desarrollo Oral e Historial Dental</b>   |    |    |             |
| Edad del niño(a) (en meses) de cuando le nació su primer diente. _____  |    |    |             |
| ¿A notado algún problema con la boca o dientes de su hijo(a)?   |    |    |             |
| ¿Se queja su hijo(a) de dolor en su boca?   |    |    |             |
| ¿Alguno de sus hijos a tenido caries?   |    |    |             |
| ¿Tiene usted caries?  |    |    |             |
| ¿A usted le sangran las encías?   |    |    |             |
| ¿Usted o alguien de su familia han tenido dientes extra o les hace falta algún diente?  |    |    |             |
| ¿Usted o su hijo(a) han tenido una mala experiencia en una oficina dental?  |    |    |             |
| <b>Higiene Oral</b>   |    |    |             |
| ¿Qué tan seguido se cepilla su hijo(a) los dientes? _____ ¿Usa el hilo dental? _____  |    |    |             |
| ¿Usted ayuda a su hijo a cepillarse? _____ ¿Lo ayuda a usar el hilo dental? _____   |    |    |             |

