

Dental Risk Assessment Questionnaire



Parents and caregivers – use this form to tell us about the oral health of your child. This will be part of your child's health record.

Parent/Guardian Name _____ Date _____

Child's Name _____ Child's Age _____

- | | Yes | No | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Does your family drink water with fluoride in it or do your children take fluoride tablets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Does your child use a toothpaste with fluoride in it? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Do you help your child with toothbrushing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Have you or your children ever had a bad dental experience? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Have any of your children ever had cavities? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Does your child complain of mouth pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Does your child take a bottle to bed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Does your child walk around drinking from a bottle or cup? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. How many times does your child eat a snack each day? _____ | | | |
| 10. How many bottles does your child have each day? _____ | | | |
| 11. How is your own dental health? | <input type="checkbox"/> Good | <input type="checkbox"/> Fair | <input type="checkbox"/> Poor |
| 12. Do you have any cavities? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Do your gums bleed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Did you know?

For every 100 school children, more than 5 days of school per year are lost due to dental disease.

Good dental health is important!

Cuestionario para evaluar el riesgo dental



A los padres y personas que cuidan a niños: utilice este formulario para decirnos sobre la salud oral de su niño. La presente será parte del expediente médico de su niño.

Nombre de Padre / Madre / Tutor legal _____ Fecha _____

Nombre del niño _____ Edad del niño _____

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Toma su familia agua que contiene fluoruro, o toman sus niños tabletas de fluoruro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usa su niño una pasta de dientes que contiene fluoruro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ayuda usted a su niño a cepillarse los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido caries alguno de sus niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se queja su niño de dolor en la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Lleva un biberón a la cama su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Siempre camina su niño bebiendo de un biberón o tasa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cuántas veces durante el día come bocadillos su niño? _____ | | |
| 10. ¿Cuántos biberones toma su niño cada día? _____ | | |
| 11. ¿Cómo está su propia salud dental? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala | | |
| 12. ¿Tiene caries usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se le sangran las encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Sabía usted?

Entre cada 100 niños de edad escolar, se pierden más de 5 días de escuela por año debido a enfermedades dentales.

¡Una buena salud dental es importante!