



# Oral Health Questionnaire

Child's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Child's Age \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth \_\_\_\_\_

## HEALTH HISTORY

Yes No

- Did the birth mother have any problems during pregnancy?  Yes  No
- Was your child premature?  Yes  No
- Was your child's birth weight low?  Yes  No
- Were there any complications at birth?  Yes  No
- Has your child been ill?  Yes  No
- Is your child on any medications?  Yes  No

## DIET AND NUTRITION

- Is/was your child breastfed?  Yes  No
- Does your child sleep with a bottle?  Yes  No
- Does your child drink from a cup?  Yes  No
- Does your child walk around drinking from a bottle or cup?  Yes  No
- Is your child on a special diet?  Yes  No
- How many times does your child snack each day? \_\_\_\_\_
- How many bottles does your child have each day? \_\_\_\_\_

## FLUORIDE ADEQUACY

- Do you know the fluoride level of your water?  Yes  No
- Do you have well water?  Yes  No
- Do you use bottled water?  Yes  No
- Do you use a water conditioner or filtration system?  Yes  No
- If yes, please list \_\_\_\_\_
- Do you use fluoride toothpaste for your child?  Yes  No

## ORAL HABITS

- Does your child use a pacifier?  Yes  No
- Does your child suck a thumb or fingers?  Yes  No
- Does your child grind his/her teeth day or night?  Yes  No

## INJURY PREVENTION

- Is your child walking?  Yes  No
- Is your home childproofed?  Yes  No
- Do you use a car seat for your child?  Yes  No
- Has your child had an injury to his/her mouth or face?  Yes  No

## ORAL DEVELOPMENT

- Does your child have any teeth?  Yes  No
- Child's age (in months) when the first tooth came in? \_\_\_\_\_
- Has your child had teething problems?  Yes  No
- Have you noticed any problems with your child's mouth or teeth?  Yes  No
- Does your child complain of mouth pain?  Yes  No
- Have any of your children ever had cavities?  Yes  No
- Have you or your children ever had a bad dental experience?  Yes  No

## ORAL HYGIENE

- Do you clean your child's gums/teeth?  Yes  No
- Do you use a toothbrush to clean your child's teeth?  Yes  No
- Do you use toothpaste to clean your child's teeth?  Yes  No

**PRIVACY NOTIFICATION:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)



# Cuestionario sobre la salud oral

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tuvo la madre de nacimiento algunos problemas durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Nació prematuro su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fue bajo el peso natal de su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo algunas complicaciones durante el parto?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado enfermo su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está tomando medicamentos su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DIETA Y NUTRICIÓN

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le dio (le da) leche de mamá a su niño?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Duerme su niño con un biberón?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe de una tasa su niño?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Siempre camina bebiendo de un biberón o tasa su niño?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sigue su niño una dieta especial?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas veces durante el día come botanas su niño? _____ |                          |                          |
| ¿Cuántos biberones toma su niño durante el día? _____     |                          |                          |

## SUFICIENCIA DE FLUORURO

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Conoce usted el nivel de fluoruro en su agua?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene agua de pozo?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa agua embotellada?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un acondicionador de agua o sistema de filtración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó sí, indíquelo _____                         |                          |                          |
| ¿Usa pasta de dientes con fluoruro para su niño?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HÁBITOS ORALES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usa su niño un chupete?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Chupa su niño el pulgar o los dedos?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le rechinan los dientes su niño durante el día o la noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PREVENCIÓN DE LESIONES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Camina su niño?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está su casa a prueba de niños?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa su niño un asiento para niños?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido su niño una lesión a la boca o la cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESARROLLO ORAL

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene su niño unos dientes ya?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edad del niño (en meses) cuando salió su primer diente _____                             |                          |                          |
| ¿Ha tenido su niño problemas de dentición?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha notado usted algún problema con la boca o los dientes de su niño?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se queja su niño de dolor en la boca?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguno de sus niños caries?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HIGIENE ORAL

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Limpia usted las encías o los dientes de su niño?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un cepillo de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa pasta de dientes para limpiar los dientes de su niño?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)