

I-CARE, Inc.
Historia de Salud Dental

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

1. ¿Tiene su familia una dentista? Sí No

Fecha de Ultimo Cita _____

Nombre de dentista _____

2. ¿He sido su hijo/a examinado por una dentista? Sí No

3. ¿Su niño está en tratamiento por una dentista?

Motivo por tratamiento _____

4. ¿Su hijo cepillan los dientes regularmente? Sí No

5. ¿El padre supervisa el niño/a cuando está cepillando los dientes? Sí No

6. El niño/a he quejado sobre: Dientes ____ Encía ____ Boca ____ Sí No

Si, sí explica _____

7. ¿Alguna vez le han sacado un diente al niño/a? Sí No

8. ¿Alguna vez ha tenido un niño/a accidente en la boca? Sí No

Si, sí explica _____

9. ¿Ha vivido el niño/a en un área con agua fluorada? Sí No

10. ¿Alguna vez el niño ha tomado un suplemento de fluoruro dietético? Sí No

11. ¿Tiene el niño/a alguno de los siguientes hábitos?

Chuparse el pulgar morderse el labio chuparse el labio

Morderse las uñas Biberón para para dormir Biberón durante el día

11. ¿Fue su hijo amamantado? Sí No

12. ¿Aun estas amamantando a su hijo? Sí No

13. ¿Recibe el niño/a WIC? Sí No

Firma de Padre: _____ Fecha: _____
