

NOMBRE: _____ RUT: _____

ESTABLECIMIENTO: _____ CURSO: _____ EDAD: _____

ENCUESTA CERO (EDAD 0-3 AÑOS)	MARCAR X	MARCAR X
1. ¿El niño(a) presenta una condición que disminuya su flujo salival, enfermedades, consumo de fármacos?	No	Si
2. ¿El niño(a) presenta situación de discapacidad? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional	No	Si
5. Los padres y/o cuidadores, ¿Le lavan los dientes al niño(a)?	Siempre	A veces/Nunca
6. ¿Cuántas veces al día le lava los dientes al niño(a) en la casa?	Al menos 2 veces/día	Menos de 2 veces/día
7. ¿El niño o niña, se lava los dientes antes de ir a dormir?	Siempre	A veces/Nunca
8. ¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0 veces/Día	1 o más Veces/Día
9. ¿En qué momento el niño(a) realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?	Con las comidas principales	Entre Comidas Principales
10. Si el niño(a) toma líquidos azucarados en mamadera, vaso o cajita, ¿Se queda dormido con ella?	Nunca	A veces/Siempre
11. ¿Utiliza el niño(a) pasta de dientes con 1000-1500 ppm de flúor? REVISAR PASTA DENTAL	Si	No
NO RESPONDER ESTAS PREGUNTAS	NO RESPONDER ESTAS PREGUNTAS	
3. ¿El niño(a) presenta manchas blancas o lesiones de caries cavitada? NO RESPONDER	No	Si
4. ¿Cuál es el estado de las encías del niño(a)? NO RESPONDER	No hay placa visible, ausencia de gingivitis	Inflamación de encías y/o presencia de placa visible en los dientes anteriores
12. Luego de las preguntas anteriores, según Usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres y/o cuidadores en el cuidado oral del niño(a)? NO RESPONDER	Alta motivación	Baja motivación

NO RESPONDER

CARIES	OBTURADOS	PERDIDOS	COPD	IHO	5.5	5.1	6.5	7.5	7.1	8.5

OBSERVACIONES AL EXAMEN DENTAL: