



Date: _____

Dental Risk Assessment Questionnaire

Parent/Guardian Name: _____

Child's Name: _____ Child's Age: _____

Please Circle Yes No

1. Does your family drink water with fluoride in it or do your children take fluoride tablets? Yes No
2. Does your child use a toothpaste with fluoride in it? Yes No
3. Do you help your child with toothbrushing? Yes No
4. Have you or your children ever had a bad dental experience? Yes No
5. Have any of your children ever had cavities? Yes No
6. Does your child complain of mouth pain? Yes No
7. Does your child take a bottle to bed? Yes No
8. Does your child walk around drinking from a bottle or cup? Yes No
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? Good Fair Poor
12. Do you have any cavities? Yes No
13. Do your gums bleed? Yes No

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.

Did you know?

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

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)
First Dental Home



Fecha _____

Cuestionario para evaluar el riesgo dental

Nombre de Padre / Madre / Tutor legal: _____

Nombre del niño Edad del niño: _____

Circule Sí No

1. ¿Toma su familia agua que contiene fluoruro, o toman sus niños tabletas de fluoruro? Si No
2. ¿Usa su niño una pasta de dientes que contiene fluoruro? Si No
3. ¿Ayuda usted a su niño a cepillarse los dientes? Si No
4. ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? Si No
5. ¿Ha tenido caries alguno de sus niños? Si No
6. ¿Se queja su niño de dolor en la boca? Si No
7. ¿Lleva un biberón a la cama su niño? Si No
8. ¿Siempre camina su niño bebiendo de un biberón o tasa? Si No
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? Buena Pasable Mala Si No
12. ¿Tiene caries usted? Si No
13. ¿Se le sangran las encías? Si No

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.

¿Sabía usted?

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

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)