

# 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!**

**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 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!

**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)