

Evaluación del riesgo de caries en la salud bucal de la Academia Estadounidense de Pediatría

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____.

| Preguntas | Marque su respuesta con un círculo: | |
|--|-------------------------------------|----|
| 1. ¿El padre o cuidador principal del niño ha tenido caries activa en los últimos 12 meses? <i>Responda SÍ si la ha tenido</i> <i>Responda NO si no la ha tenido</i> | Sí | No |
| 2. El niño no tiene un consultorio dental establecido. <i>Responda NO si actualmente tiene un dentista</i> | Sí | No |
| 3. ¿El niño usa con frecuencia un biberón o un vasito con boquilla para beber otras bebidas que no sean agua? (OMITIR si no lo usa) | Sí | No |
| 4. El niño no bebe agua fluorada ni toma suplementos de flúor <i>Responda SÍ si NO usa estas formas de flúor</i> | Sí | No |
| 5. ¿El niño come frecuentemente bocadillos azucarados y/o pegajosos? | Sí | No |

Evaluación del riesgo de caries en la salud bucal de la Academia Estadounidense de Pediatría

| | | |
|---|----|----|
| <p>6. El niño no ha recibido barniz de flúor en los últimos 6 meses.</p> <p><i>Responda NO si ha recibido barniz. Responda SÍ si NO lo ha recibido.</i></p> | Sí | No |
| <p>7. El niño no se cepilla los dientes o se cepilla los dientes dos veces al día.</p> <p><i>Responda NO si se cepilla los dientes dos veces al día Responda SÍ si NO se cepilla los dientes dos veces al día</i></p> | Sí | No |
| <p>8. El niño no usa pasta dental con flúor.</p> <p><i>Responda NO si usa pasta dental con flúor Responda SÍ si NO usa pasta dental con flúor.</i></p> | Sí | No |
| <p>9. El niño es elegible para Medicaid.</p> | Sí | No |
| <p>10. El niño tiene necesidades especiales de atención médica (es decir, limitaciones físicas, medicamentos, etc.).</p> | Sí | No |