

## ENCUESTA SOBRE HIGIENE DENTAL Y VISUAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Selecciona la respuesta correcta.

**1- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?**

A -De vez en cuando

B -1 vez al día

C- 3 veces al día

**2- ¿Cuándo fue la última vez que fuiste al dentista?**

A- Hace menos de seis meses

B- Más de un año

C- Nunca he ido

**3- ¿Cada cuánto recomiendas asistir al dentista?**

A- Dos veces al año

B- Una vez al año

C- Cuando se necesite

**4- ¿Usas hilo dental?**

A- A veces

B- No

C- Si

**5- ¿Cada cuánto es recomendable cambiar de cepillo de dientes?**

A-1 mes

B- 3 meses

C- 6 meses

**6 – ¿Alguno de tus familiares utiliza prótesis dental?**

A – Sí

B – No

**7. ¿Qué prótesis dental tiene algún integrante de tu familia?**

A- Diente, puente

B- Muela

C- Placa

**8. ¿Alguna vez te han hecho un examen de la vista?**

A- Sí

B- No

**9. ¿Alguno de tus familiares utiliza lentes?**

A- Sí

B- No

**10. ¿Sientes dolor de cabeza después de leer o ver televisión?**

A- Sí

B- No

**11. ¿Puedes leer fácilmente los apuntes en el pizarrón?**

A- Sí

B- No

**12. Al utilizar dispositivos electrónicos el tamaño de letra que utilizas es:**

A- Pequeño

B- Normal

C- Grande