




ANEXO 4

Instrumentos del ENSAB IV

Formulario 2. Evaluación Clínica a niños(as) de 5 años

 MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social	CUARTO ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL (ENSAB IV) ENCUESTA SOBRE PROCESOS DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD BUCAL	 SEI SA Sistema Estadístico de Información de encuestas e información ...calidad por convicción!	 Pontificia Universidad JAVERIANA				
FORMULARIO 2. EVALUACIÓN CLÍNICA A NIÑOS(AS) DE 5 AÑOS							
Número identificación muestral: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div>							
CONTROL OPERATIVO							
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA							
	Día <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	Fecha Mes <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	Año <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	Hora Inicio <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	Hora Fin <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	Resultado <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	
1	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> →	
2	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> →	
3	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> →	
CÓDIGOS DE RESULTADO DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA							
1.	Completa					4.	Ausente momentáneo
2.	Incompleta					5.	Otro: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>
3.	Rechazo						
4. Nombre del odontólogo examinador: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px;"></div>							
Identificación: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>							
5. Nombre del odontólogo supervisor: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px;"></div>							
Identificación: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>							
6. ¿Realizó reexamen? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>							
7. ¿Revisó el formulario? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>							
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)							
101	ENTREVISTADOR(A): Transcriba número de orden y los nombres y apellidos del niño(a) seleccionado, de las preguntas 200 y 202 del Módulo 1. Hogar.					No. orden:	
						Nombres y apellidos:	
102	ENTREVISTADOR(A): Verifique con pregunta 203 del Módulo 1. Hogar. ¿Esta persona tiene 5 años?					Sí	1 <input type="checkbox"/>
						No	2 <input type="checkbox"/> → Termine
103	ENTREVISTADOR(A): Transcriba número de orden y los nombres y apellidos de la persona responsable del niño(a), de las preguntas 200 y 202 del Módulo 1. Hogar.					No. orden:	
						Nombres y apellidos:	
104	¿Nombre del niño(a) tiene dificultad para el cuidado de la higiene bucal, cepillarse los dientes o utilizar seda/hilo dental?					No hay dificultad	1 <input type="checkbox"/> → 201
						Dificultad ligera	2 <input type="checkbox"/> → 201
						Dificultad moderada	3 <input type="checkbox"/>
						Dificultad grave	4 <input type="checkbox"/>
						Dificultad completa	5 <input type="checkbox"/>

105	¿Recibe ayuda de alguien de manera permanente, para el cuidado de la boca?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 201
106	¿De quién?	Padres	1 <input type="checkbox"/>
		Hermanos mayores de 12 años	2 <input type="checkbox"/>
		Cuidador mayor de 12 años	3 <input type="checkbox"/>
		Otras personas	4 <input type="checkbox"/>

II. ANTECEDENTES MÉDICOS

201	¿ <u>Nombre del niño(a)</u> ha padecido o le han diagnosticado uno de los siguientes problemas? ☞ Puede marcar varias opciones de respuesta	a. Alergias (medicamentos, látex, polvo, urticaria)	<input type="checkbox"/>	
		b. Enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, neumonía)	<input type="checkbox"/>	
		c. Epilepsia (ataques o convulsiones)	<input type="checkbox"/>	
		d. Hemorragias o sangrados constantes (sitios diferentes a la boca)	<input type="checkbox"/>	
		e. Trastornos mentales, emocionales o de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	
		f. Cáncer	<input type="checkbox"/>	
		g. Condición de discapacidad	<input type="checkbox"/>	
		h. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	
		Ninguna	1 <input type="checkbox"/>	
202	<u>Nombre del niño(a)</u> en sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:			
	Pensar, memorizar	1 <input type="checkbox"/>	Caminar, correr, saltar	9 <input type="checkbox"/>
	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	2 <input type="checkbox"/>	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	10 <input type="checkbox"/>
	Oír, aun con aparatos especiales	3 <input type="checkbox"/>	Relacionarse con las demás personas y el entorno	11 <input type="checkbox"/>
	Distinguir sabores u olores	4 <input type="checkbox"/>	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	12 <input type="checkbox"/>
	Hablar y comunicarse	5 <input type="checkbox"/>	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	13 <input type="checkbox"/>
	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	6 <input type="checkbox"/>	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	14 <input type="checkbox"/>
	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	7 <input type="checkbox"/>	Otra	15 <input type="checkbox"/>
	Retener o expulsar la orina	8 <input type="checkbox"/>	Ninguna	16 <input type="checkbox"/>
203	¿ <u>Nombre del niño(a)</u> está asistiendo a controles de crecimiento y desarrollo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	
204	¿Está <u>Nombre del niño(a)</u> en tratamiento médico actualmente?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> → 206	
205	¿En qué tratamiento(s) médico(s) está actualmente <u>Nombre del niño(a)</u> ?	a.		
		b.		
		c.		
		No sabe/ No recuerda	1 <input type="checkbox"/>	
206	¿ <u>Nombre del niño(a)</u> está tomando algún medicamento actualmente?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> → 208	
207	¿Qué medicamento(s) está tomando actualmente <u>Nombre del niño(a)</u> ?	a.		
		b.		
		c.		
		No sabe/ No recuerda	1 <input type="checkbox"/>	
208	Aplicación del examen clínico (dependiendo de antecedentes médicos)	Se aplica el examen	1 <input type="checkbox"/> → III	
		No se aplica el examen	2 <input type="checkbox"/>	

III. EVALUACIÓN CLÍNICA

B. ESTADO DE LA DENTICIÓN

CRITERIOS DE CORONA

CRITERIOS DE OPACIDAD

ARD-434/E CLÍNICA NIÑOS 5 AÑOS/PP/JULIO 09 3

B.2. cop

		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	
305	Corona: (A,B,C,D,E,F,G,H) (0,1,2,3,4,5,6,7,8,9)											
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	
307	Corona: (A,B,C,D,E,F,G,H) (0,1,2,3,4,5,6,7,8,9)											

CRITERIOS DE CORONA DIENTES TEMPORALES (55,54,53,52,51,61,62,63,64,65) (85,84,83,82,81,71,72,73,74,75)

CRITERIOS DE CORONA DIENTES PERMANENTES (16,15,14,13,12,11,21,22,23,24,25,26) (46,45,44,43,42,41,31,32,33,34,35,36)

A	Sano	0	Sano
B	Cariado	1	Cariado
C	Obturado con caries	2	Obturado con caries
D	Obturado sin caries	3	Obturado sin caries
E	Ausente por caries	4	Ausente por caries
F	Sellante de fisura	5	Ausente por otra razón
G	Prótesis, corona, retenedor, carilla	6	Sellante de fisura
H	No registra	7	Prótesis, corona, retenedor, carilla, implante
		8	No erupcionado o sin erupcionar
		9	No registrado

C. OCLUSIÓN DENTAL

308	Relación canina	CLASE			
		Clase I	Clase II	Clase III	Sin información
	a. Derecho	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	b. Izquierdo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
309	Relación Molar	CLASE			
		Escalón Mesial	Plano terminal recto	Escalón Distal	Sin información
	a. Derecho	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	b. Izquierdo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
310	Sobremordida horizontal	Normal	0 <input type="checkbox"/>		
		Aumentada	1 <input type="checkbox"/>		
		Borde a borde	2 <input type="checkbox"/>		
		Cruzada anterior	3 <input type="checkbox"/>		
		Sin información	9 <input type="checkbox"/>		
311	Sobremordida vertical	Abierta	0 <input type="checkbox"/>		
		0-100% del incisivo inferior	1 <input type="checkbox"/>		
		Mayor del 100%	2 <input type="checkbox"/>		
		Sin información	9 <input type="checkbox"/>		
312	Mordida cruzada posterior	Presencia	Ausencia	Sin información	
	a. Derecho	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
	b. Izquierdo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	

D. FLUOROSIS DEL ESMALTE

313	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

313A										
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

CRITERIOS

0	Normal	4	Moderado
1	Dudoso o cuestionable	5	Severo (Intensa)
2	Muy leve (muy ligera)	9	No registrado
3	Leve (ligera)		

314	Marcador de fluorosis (Índice Dean)	_ _	
------------	-------------------------------------	-----	--

315	Erosión dental	a. Severidad		
		No signo de erosión	0 <input type="checkbox"/> → 316	
		Lesión de esmalte	1 <input type="checkbox"/>	
		Lesión de la dentina	2 <input type="checkbox"/>	
		Pulpa implicada	3 <input type="checkbox"/>	
		b. Número de dientes afectados		_ _

316	Trauma dental	a. Estado		
		No signo de lesión	0 <input type="checkbox"/> → 317	
		Lesión tratada	1 <input type="checkbox"/>	
		Fractura de esmalte solamente	2 <input type="checkbox"/>	
		Fractura de esmalte y dentina	3 <input type="checkbox"/>	
		Pulpa implicada	4 <input type="checkbox"/>	
		Diente ausente por trauma	5 <input type="checkbox"/>	
		Otro daño	6 <input type="checkbox"/>	
		Diente excluido	9 <input type="checkbox"/>	
		b. Número de dientes afectados		_ _

317	¿Le indicó al sujeto las condiciones encontradas en su cavidad bucal?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
318	¿Le mencionó los cuidados e indicaciones generales para su salud bucal acorde con las condiciones encontradas?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
319	¿Lo remitió a atención odontológica por las condiciones presentes?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>