

Cuestionario salud bucodental

Nombre y apellidos:

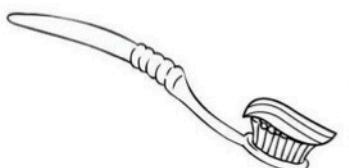
Edad:

Curso escolar:

1. ¿Tienes cepillo de dientes en casa?

Sí

No



2. ¿Cuándo te cepillas los dientes?

Nunca

Algun día

Todos los días, después de:

Desayunar

Comer

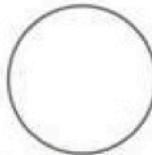
Cenar

3. ¿Es importante lavarse los dientes?

Sí, todos los días.

No.

4. Señala lo que tomas en el desayuno:



Nada



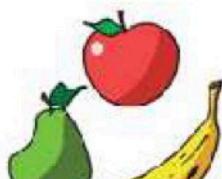
Zumo



Leche



Refrescos



Fruta



Tostadas



Galletas

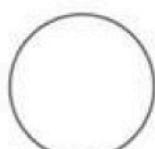


Bollería

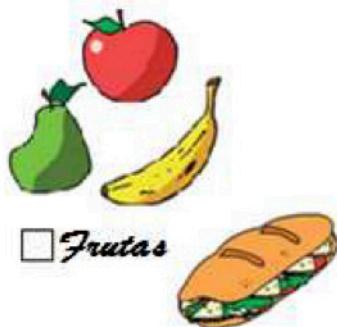


Bocadillos

5. Señala lo que tomas en el recreo y en la merienda:



Nada



Frutas



Galletas

Bollería



Zumos



Refrescos



Chucherías

6. ¿Con qué frecuencia tomas...?



Ninguna *Algun día* *Todos los días*

Chucherías



Ninguna *Algun día* *Todos los días*

Refrescos y zumos



Ninguna *Algun día* *Todos los días*

Bollería



Ninguna *Algun día* *Todos los días*

Fruta

7. Señala qué alimentos hacen daño a los dientes.

