

Cuestionario salud bucodental

Nombre y apellidos:

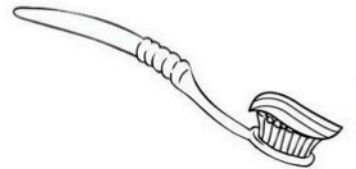
Edad:

Curso escolar:

1. ¿Tienes cepillo de dientes en casa?

☐ *Sí*

☐ *No*



2. ¿Cuándo te cepillas los dientes?

☐ *Nunca*

☐ *Algún día*

Todos los días, después de:

☐ *Desayunar*

☐ *Comer*

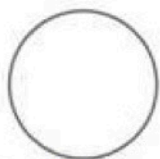
☐ *Cenar*

3. ¿Es importante lavarse los dientes?

☐ *Sí, todos los días.*

☐ *No.*

4. Señala lo que tomas en el desayuno:



☐ *Nada*



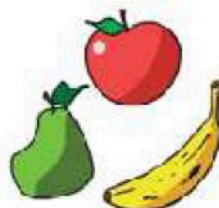
☐ *Zumos*



☐ *Leche*



☐ *Refrescos*



☐ *Fruta*



☐ *Tostadas*



☐ *Galletas*

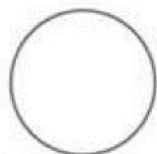


☐ *Bollería*

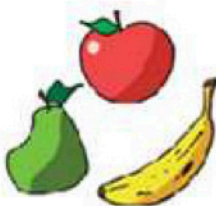


☐ *Bocadillos*

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



☐ Nada



☐ Frutas



☐ Bocadillo



☐ Galletas



☐ Bollería



☐ Zumos



☐ Refrescos



☐ Chucherías

6. ¿Con qué frecuencia tomas...?



Chucherías

☐ Ninguna ☐ Algún día ☐ Todos los días



Refrescos y zumos

☐ Ninguna ☐ Algún día ☐ Todos los días



Bollería

☐ Ninguna ☐ Algún día ☐ Todos los días



Fruta

☐ Ninguna ☐ Algún día ☐ Todos los días

7. Señala qué alimentos hacen daño a los dientes.



☐ Frutas



☐ Refrescos y zumos



☐ Chucherías



☐ Bollería



☐ Azúcar



☐ Pan