**ENCUESTA DIAGNOSTICA PARA LOS PADRES Y MADRES DE LOS ALUMNOS DEL JARDIN DE INFANTES**

1. ¿Lleva usted a su hijo/a al dentista?....................................................................SI-NO
2. Si lo hace, ¿cuántas veces al año?.
3. Si no lo lleva, ¿puede decirnos por qué?.......................................................................
4. ¿Se cepilla usted sus dientes?............................................................................SI-NO
5. ¿Cuántas veces al día?.................................................................................................
6. ¿Usa pasta dental?.............................................................................................SI-NO
7. ¿Tiene usted caries?...........................................................................................SI-NO
8. ¿Sabe usted porque aparecen las caries?............................................................SI-NO
9. ¿Recibió información sobre este tema?..............................................................SI-NO ¿Dónde?...................................................................................................................
10. ¿Se hizo arreglar usted las caries de muelas y dientes?
11. ¿Le sacaron a usted dientes o muelas?............................................................SI-NO . ¿Cuántos?
12. ¿Le sangran a usted las encías cuando se cepilla los dientes?..............................SI-NO
13. ¿Come usted muchos dulces, bebe jugos y gaseosas?..........................................SI-NO

¿En qué momento del día?

1. ¿Bebe alcohol?....................................................................................................SI-NO
2. ¿Fuma?................................................................................................................SI-NO
3. ¿Qué tema le gustaría conocer de nuestra actividad como dentista?...........................
4. ¿Existe control y seguimiento de la salud bucal, dentro de la libreta de Asignación Universal:….......................................................................................................SI-NO
5. Cada cuánto tiempo………………………………………………………………….