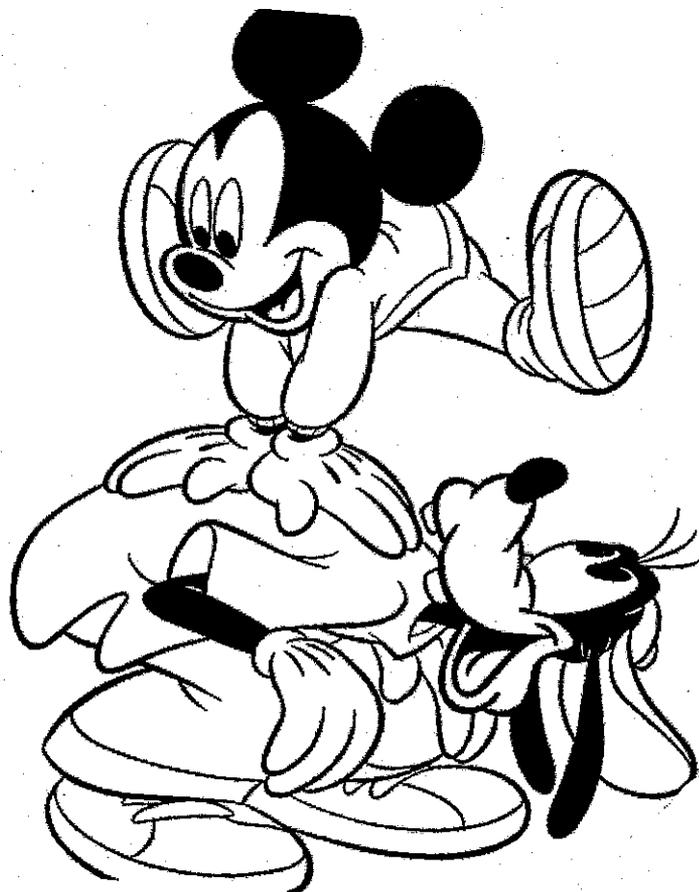


CONSUMO
INTELIGENTE:
ALIMENTACIÓN
Y SALUD



ENCUESTA A PADRES Y MADRES SOBRE SALUD BUCODENTAL

A los padres y las madres:

Esta encuesta tiene como objeto conocer los hábitos de alimentación e higiene bucodental de sus hijos, dada la importancia para su salud, y contribuir en la medida de lo posible a su mejora.

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____

1. Alimentos que toma en el desayuno:

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leche | <input type="checkbox"/> Yogurt | <input type="checkbox"/> Zumos | <input type="checkbox"/> Batido | <input type="checkbox"/> Queso |
| <input type="checkbox"/> Tostadas | <input type="checkbox"/> Cereales | <input type="checkbox"/> Galletas | <input type="checkbox"/> Bocadillos | <input type="checkbox"/> Dulces |
| <input type="checkbox"/> Fruta | <input type="checkbox"/> Mantequilla | <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Embutido | <input type="checkbox"/> Chocolate |

2. ¿Cómo considera el desayuno de su hijo/a?:

- Bueno Suficiente Insuficiente

3. ¿Se levanta con tiempo suficiente para el desayuno?

4. Características de la alimentación de su hijo/a?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Le gusta todo | <input type="checkbox"/> Es delicado/a y caprichoso/a |
| <input type="checkbox"/> Come demasiado | <input type="checkbox"/> Come muy poco |

5. ¿Qué cubiertos maneja?

- Tenedor Cuchara Cuchillo

6. ¿Se lava las manos antes y después de comer?

- Nunca A veces Siempre

7. ¿Cuándo se cepilla los dientes?

- | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------|
| Nunca | A veces | Siempre |
| Después del desayuno | Después del almuerzo | Después de la cena |

8. ¿Cómo se los cepilla?

- Solo Hay que recordárselo

9. ¿Toma golosinas y/o refrescos?

- Nunca En ocasiones concretas Los fines de semana Todos los días



ENCUESTA SOBRE SALUD BUCODENTAL

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____

1. Cepillado de dientes:

¿Tienes cepillo de dientes en casa?

Sí No

¿Cuándo te cepillas los dientes?

Nunca Algún día Todos los días, después de comer:
 del desayuno
 del almuerzo
 de la cena

¿Qué utensilios conoces para la limpieza de los dientes?

2. El/la dentista:

¿Has visitado alguna vez al/la dentista?

Sí No

¿Cuántas veces?

Una Alguna vez
 Una vez al año Cuando es necesario

¿Has tenido alguna vez dolor de muelas? ¿Qué hiciste?

¿Tienes alguna picadura en dientes o muelas?

Sí No

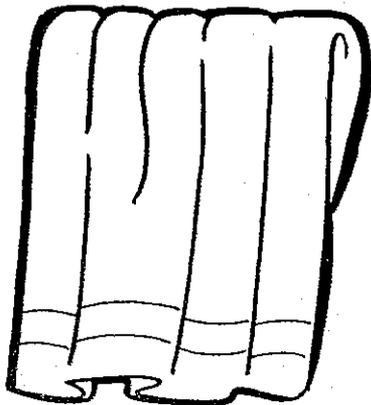
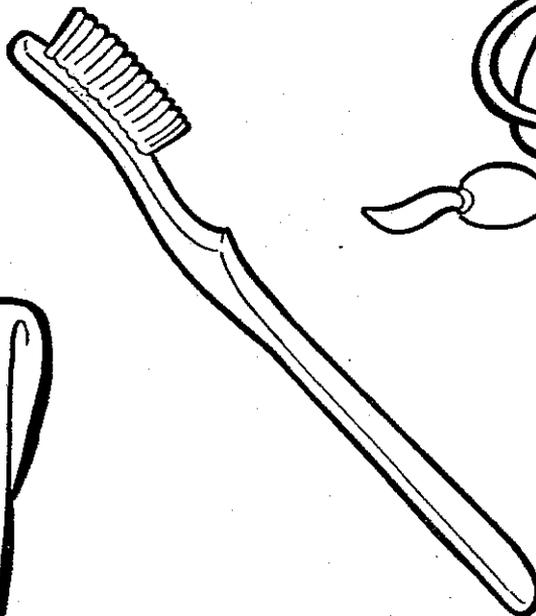
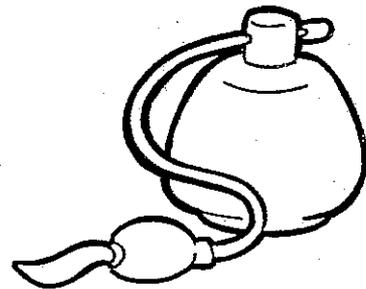
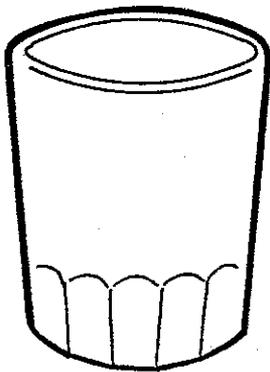
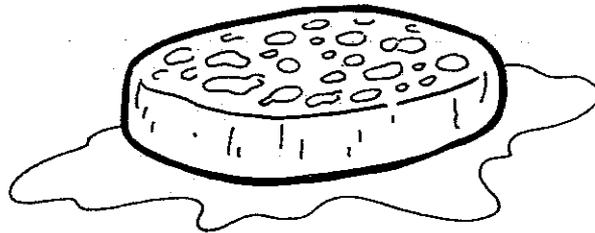
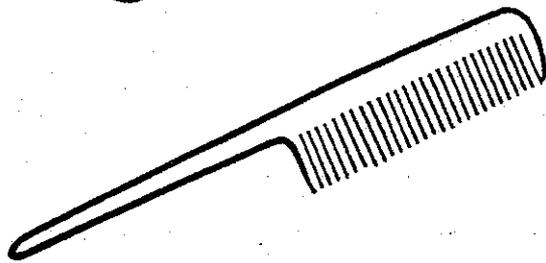
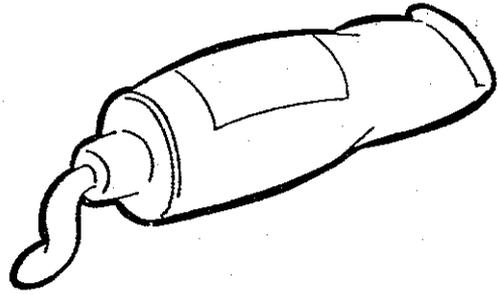


Colorea y aprende la frase.

A tu amiga, la dentista
has de visitar
para tu boca
poder revisar



Colorea lo que utilizas para limpiar los dientes.



Pinta sólo lo que puedes comer sin que se dañen tus dientes.

