ACTIVIDAD 1

Presentar y concertar un Plan de Trabajo y Cronograma general de actividades

PRODUCTO:

- Plan de trabajo general
- Cronograma mensual general de actividades con visto bueno del referente del programa.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

Se anexa:

a) Plan de trabajo general
b) Cronograma mensual general de actividades con visto bueno del referente del programa

PLAN DE TRABAJO GENERAL

CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EDMUNDO GERMAN ARIAS DUARTE (PUERTO WILCHES)

OBJETO DEL CONTRATO: REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN CON ESTRATEGIA SOY GENERACIÓN MÁS SONRIENTE PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DEL AREA RURAL DE LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER ENMARCADOS DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES INCLUIDAS BUCAL, VISUAL AUDITIVO EN ENTORNOS PRIORIZADOS DE SANTANDER.

NUMERO DEL CONTRATO: CO1.PCCNTR.6379847 **SUERVISORA DEL CONTRATO: MAGDA DEL ROSARIO CHACON SANABRIA**

N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	ANEXO	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Presentar plan de trabajo y cronograma de actividades a partir del cual se dará cumplimento a la estrategia de información	a) plan de trabajo b) cronograma mensual aprobado por el supervisor.	Excel con cronograma y plan de trabajo			X																					
2	Realizar una reunión con el secretario de salud, los rectores de los cinco (5) establecimientos educativos rurales , coordinador de promoción y prevención, actores de interés en el municipio donde se va desarrollar la estrategia de información	a) acta de reunión con concertación de actividades b)registro de reunión c)registro fotográfico.	Anexo de actas, planillas y fotografías							X																	
3	Aplicar una herramienta en los cinco (5) establecimientos educativos rurales, entregada por el supervisor	a) Herramienta definida para la recolección de la información y documento con el análisis de la información obtenida. (Archivo en Excel y Word) b) registro fotográfico durante la aplicación	Anexo herramientas, análisis y fotografías							X		X			X	X											
4	Realizar cinco (5) talleres con los estudiantes de básica primaria y secundaria de cada establecimientos educativos rurales definidos para la estrategia informativa en donde se abordará temas de salud bucal, reforzando las problemáticas, saberes indagados en el diagnóstico inicial.	a) fichas técnicas de capacitación b) registro de asistencia por curso de vida c) registro fotográfico d) listado de materiales e insumos que se requieren para el desarrollo de la estrategia informativa.	Anexo fichas técnicas, planilla asistencia, fotos y lista de materiales							X			X			X											
5	Terminados los talleres se deberá desarrollar una jornada en cada establecimiento educativo rural, para generar las estrategias de información con la participación de los estudiantes	a) soportes de entrega del material b) registro de asistencia por curso de vida con enfoque de género diferencial, de contexto, cultural y otros. c) registros fotográficos por curso.	Anexo entrega de material, planillas asistencia, fotografías							X					X	X	X										
6	Material derivado de la elaboración de la estrategia de información (pueden usar los siguientes medios: video en plataforma digital, cometas o tablero de dibujos, diplomas de incentivo si se realiza concurso, afiche o mural, árboles de sueños, miedos y compromisos, entre otros)	a) registro fotográfico de la estrategia de información por cada curso en cada establecimiento educativo.	Anexo fotográficos							X			X			X											
7	Realizar la selección de las estrategias informativas más representativa teniendo en cuenta: el objetivo propuesto, la innovación, el mensaje y otros aspectos relevantes para ello se generará una votación entre la comunidad escolar con la participación de docentes y estudiantes.	a) acta de entrega del material didáctico educativo en salud bucal solo con logos institucionales de la gobernación de Santander-Secretaría de salud los cuales serán entregados por el supervisor b) registro fotográfico	Anexo de actas de entrega, registro fotográficos							X					X	X	X										
8	Entrega de un (5) modelos anatómicos dental por institución educativa rural	a) acta de entrega de modelos anatómicos al rector del establecimiento educativo rural.	Anexo acta de entrega							X					X	X	X										

9	Levantamiento de compromisos de la sensibilización realizada a través de la estrategia de información institucional por parte de estudiantes, profesores, directivos y personal de salud del establecimiento donde se realizó la estrategia	a) acta de compromiso y cronograma de actividades de reforzamiento de prácticas (calendario semanal para que estudiantes marquen cuando realicen lavado de dientes) por el año lectivo y demás actividades que se establezcan.	Anexo de acta de compromiso, calendario entregado a estudiantes							X					X	X	X											
10	Se debe buscar que quienes reciban la información en salud bucal deben ser canalizados a los servicios de salud los estudiantes que estén en rango de edad 5 a 11 años (Infancia) y 12 a 17 años (Adolescencia), en atención en salud bucal por profesional de odontología (una vez al año), aplicación de barniz de flúor, profilaxis y remoción de placa (dos veces al año -1 por semestre).	a) registro de asistencia por curso de vida con enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro este será entregado por la referente de la dimensión en físico y digital b). seguimiento de canalización	Anexo planillas de asistencia, fotos, carnets								X	X		X	X	X			X		X							
11	Contar con el talento humano con los siguientes perfiles: Un (1) Profesional de odontología, un (1) facilitador logístico.	Hoja de vida de personal requerido.	Anexo hoja de vida			X																						
12	Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia de información que contenga objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones, análisis de las evaluaciones aplicadas (herramienta diagnostica, evaluación de jornada de información)	Documento de Informe final.	Anexo informe final																			X						
13	Cada beneficiado debe contar con la autorización de los padres de familia para participar en proceso informativo , en este se debe indicar los horarios y sitio donde se va desarrollar la estrategia informativa y permiso de autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental	a) consentimiento informado firmado por los padres del beneficiado b) autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	Anexo de consentimientos informados							X		X	X			X	X											
14	Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato/convenio.	a) acta realizada por el supervisor b) registro de asistencia	Acta de reunión, registro de asistencia					X									X											

ORGANIZADOR DE TRABAJO MES A MES		
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EDMUNDO GERMAN ARIAS DUARTE (PUERTO WILCHES)		
OBJETO DEL CONTRATO:	Estrategia de información con estrategia soy generación más sonriente para la promoción del cuidado de la salud bucal en primera infancia, infancia y adolescencia.	
NUMERO DEL CONTRATO: Soy Generación Más Sonriente		**SUERVISORA DEL CONTRATO:** Magda Chacon

MES JULIO						
LUNES	**MARTES**	**MIERCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SABADO**	**DOMINGO**
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
				Reunión con secretaria de salud municipal		
15	16	17	18	19	20	21
			Cronograma mensual			
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

MES AGOSTO						
LUNES	**MARTES**	**MIERCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SABADO**	**DOMINGO**
			1	2	3	4
			Reunión con Dra. Magda Chacon supervisora			
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
				Apliación herramienta diagnóstica vijagual y entrega consentimientos		
19	20	21	22	23	24	25
	Charla educativa vijagual	Aplicación de taller vijagual	Jornada, entrega de pendón y modelo anatómico Vijagual			
26	27	28	29	30	31	

MES SEPTIEMBRE						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
	Aplicación herramienta sogamoso y entrega de consentimientos					
9	10	11	12	13	14	15
	Charla educativa, taller didáctico y entrega de modelo anatómico Sogamoso					
16	17	18	19	20	21	22
Aplicación herramienta y entrega de consentimientos Cayumba	Charla educativa y taller Cayumba					
23	24	25	26	27	28	29
				Apliación herramienta y entrega de consentimientos Badillo		
30						
Jornada, entrega de pendón Sogamoso						

MES OCTUBRE						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6
		Charla educativa y taller	Aplicación herramienta y entrega consentimientos Guayabo	Charla educativa, taller didáctico Guayabo Jornada, entrega de pendones y modelos anatómico Guayabo y Badillo		
7	8	9	10	11	12	13
	Jornada, entrega de pendón y modelo anatómico Cayumba					
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

MES NOVIEMBRE						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	
Entrega informe final						

CRONOGRAMA DE TRABAJO							
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EDMUNDO GERMAN ARIAS DUARTE (PUERTO WILCHES)							
OBJETO DEL CONTRATO: Estrategia de información con estrategia soy generación más sonriente para la promoción del cuidado de la salud bucal en primera infancia, infancia y adolescencia.							
NUMERO DEL CONTRATO: Estrategia soy generación más sonriente				SUERVISORA DEL CONTRATO: Magda Chacon			
ITEM	IDENTIFICACION ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCION	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	POBLACION INTERVENIDA	METODOLOGIA ACTIVIDAD	LUGAR ACTIVIDAD	# PERSONAS INTERVENIDAS
1	Reuniones	1/08/2024	Reuniones periódicos supervisora	Juventud y adultez	Presentación de la supervisora Magda Chacon y demás participantes de la reunión; Dra magda inicia explicando punto a punto del proyecto de salud oral para al final resolver dudas e inquietudes por parte de los participantes.	Plataforma Teams.	9
2	Cronograma y plan de trabajo	18/07/2024	Entrega cronograma	Primera infancia, infancia y adolescencia	Realización de cronograma	Corregimientos establecidos por SSM	0
3	Reunión con SSM y rectores	12/07/2024	Dar a conocer proyectos salud oral	Juventud, adultez y vejez	Dar a conocer proyecto, establecer día y hora de ejecución de actividades	Seecretaria de Salud Municipal	12
4	Aplicación herramienta diagnóstica	22/08/2024	Aplicar herramienta diagnóstica SB	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, explicación de herramienta diagnóstica, aplicación de herramienta	Vijagual	33
5	Aplicación herramienta diagnóstica	3/09/2024	Aplicar herramienta diagnóstica SB	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, explicación de herramienta diagnóstica, aplicación de herramienta	Sogamoso	28
6	Aplicación herramienta diagnóstica	27/09/2024	Aplicar herramienta diagnóstica SB	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, explicación de herramienta diagnóstica, aplicación de herramienta	Badillo	13
7	Aplicación herramienta diagnóstica	3/10/2024	Aplicar herramienta diagnóstica SB	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, explicación de herramienta diagnóstica, aplicación de herramienta	Guayabo	14
8	Aplicación herramienta diagnóstica	16/09/2024	Aplicar herramienta diagnóstica SB	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, explicación de herramienta diagnóstica, aplicación de herramienta	Cayumba	21

9	Charla educativa y taller didáctico	20/08/2024 21/08/2024	Charla cuidado de la salud bucal y taller plastilina	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, se inicia con actividad rompe hielo para luego dar la charla de cuidado de la salud bucal donde se habla de la importancia del cepillado, las veces que se deben cepillar los dientes, alimentos que ocasionan dano dental, y la importancia de asistir a los controles periodicos para luego realizar entrega de materiales para realizar taller didáctico que consiste en hacer una boca en plastilina.	Vijagual	33
10	Charla educativa y taller didáctico	10/09/2024	Charla cuidado de la salud bucal y taller mural	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, se inicia con actividad rompe hielo para luego dar la charla de cuidado de la salud bucal donde se habla de la importancia del cepillado, las veces que se deben cepillar los dientes, alimentos que ocasionan dano dental, y la importancia de asistir a los controles periodicos para luego realizar entrega de materiales para realizar taller didáctico que consiste en hacer un mural según lo aprendido.	Sogamoso	28
11	Charla educativa y taller didáctico	2/10/2024	Charla cuidado de la salud bucal y taller plastilina	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, se inicia con actividad rompe hielo para luego dar la charla de cuidado de la salud bucal donde se habla de la importancia del cepillado, las veces que se deben cepillar los dientes, alimentos que ocasionan dano dental, y la importancia de asistir a los controles periodicos para luego realizar entrega de materiales para realizar taller didáctico que consiste en hacer una boca en plastilina.	Badillo	13

12	Charla educativa y taller didáctico	4/10/2024	Charla cuidado de la salud bucal y taller plastilina	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, se inicia con actividad rompe hielo para luego dar la charla de cuidado de la salud bucal donde se habla de la importancia del cepillado, las veces que se deben cepillar los dientes, alimentos que ocasionan dano dental, y la importancia de asistir a los controles periodicos para luego realizar entrega de materiales para realizar taller didáctico que consiste en hacer una boca en plastilina.	Guayabo	14
13	Charla educativa y taller didáctico	17/09/2024	Charla cuidado de la salud bucal	Primera infancia, infancia y adolescencia	Presentación, se inicia con actividad rompe hielo para luego dar la charla de cuidado de la salud bucal donde se habla de la importancia del cepillado, las veces que se deben cepillar los dientes, alimentos que ocasionan dano dental, y la importancia de asistir a los controles periodicos para luego realizar entrega de materiales para realizar taller didáctico que consiste en hacer una boca en plastilina.	Cayumba	21
14	Jornada y modelo anatómico	22/08/2024	Jornada para estrategia de información y entrega modelo	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se presenta material informativo que quedó en cada establecimiento educativo; seguido se explica a rector o coordinador el objetivo de esta estrategia y para que se va a dejar el modelo anatomico, por ultimo se hace entrega de la misma.	Vijagual	33
15	Jornada y modelo anatómico	30/09/2024	Jornada para estrategia de información y entrega modelo	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se presenta material informativo que quedó en cada establecimiento educativo; seguido se explica a rector o coordinador el objetivo de esta estrategia y para que se va a dejar el modelo anatomico, por ultimo se hace entrega de la misma.	Sogamoso	28

16	Jornada y modelo anatómico	4/10/2024	Jornada para estrategia de información y entrega modelo	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se presenta material informativo que quedó en cada establecimiento educativo; seguido se explica a rector o coordinador el objetivo de esta estrategia y para que se va a dejar el modelo anatomico, por ultimo se hace entrega de la misma.	Guayabo y Badillo	13 y 14
17	Jornada y modelo anatómico	8/10/2024	Jornada para estrategia de información y entrega modelo	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se presenta material informativo que quedó en cada establecimiento educativo	Cayumba	21
18	Consentimiento informado	16/08/2024	Entrega consentimiento informado	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se explica a estudiantes y docentes porque es importantes que padres de familia o cuidadores firmen consentimiento y se explica manera correcta de diligenciarlo.	Vijagual	30
19	Consentimiento informado	3/09/2024	Entrega consentimiento informado	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se explica a estudiantes y docentes porque es importantes que padres de familia o cuidadores firmen consentimiento y se explica manera correcta de diligenciarlo.	Sogamoso	15
20	Consentimiento informado	16/09/2024	Entrega consentimiento informado	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se explica a estudiantes y docentes porque es importantes que padres de familia o cuidadores firmen consentimiento y se explica manera correcta de diligenciarlo.	Cayumba	7
21	Consentimiento informado	27/09/2024	Entrega consentimiento informado	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se explica a estudiantes y docentes porque es importantes que padres de familia o cuidadores firmen consentimiento y se explica manera correcta de diligenciarlo.	Badillo	3
22	Consentimiento informado	3/10/2024	Entrega consentimiento informado	Primera infancia, infancia y adolescencia	Se explica a estudiantes y docentes porque es importantes que padres de familia o cuidadores firmen consentimiento y se explica manera correcta de diligenciarlo.	Guayabo	14
23	Informe final	25/11/2024	Entrega informe final	Jueventud, adultez	Presentación de informe final a supervisora del proyecto Dra. Magda Chacon	Bucaramanga	3

ACTIVIDAD 2

Realizar una reunión con el secretario de salud, los rectores de los cinco (5) establecimientos educativos rurales, coordinador de promoción y prevención, actores de interés en el municipio donde se va desarrollar la estrategia de información y el supervisor, con el fin socializar la estrategia

PRODUCTO:

- Acta de reunión con concertación de actividades
- Registro de reunión
- Registro fotográfico

ACTIVIDADES REALIZADAS:

Se anexa:

a) Acta de reunión
b) Registro (planilla asistencia)
c) Registro fotográfico

ACTA No. 01

Fecha: 06-agosto-2024 **Hora:** 07:00 AM **Lugar:** Alcaldía de Puerto Wilches

Orden del día

1. Presentación de secretaria de salud y encargadas del proyecto
2. Presentación de proyectos a trabajar
3. Programación de fechas
4. Se resuelven dudas e inquietudes

Desarrollo de la Reunión

Siendo las 07:00 del día 06 de agosto se da inicio a la reunión por parte de la Dra. Banny Pereira- secretaria de salud, rectores de los establecimientos educativos, profesionales a cargo al proyecto departamental, jefe Paola Valbuena coordinadora de proyecto y demás participantes.

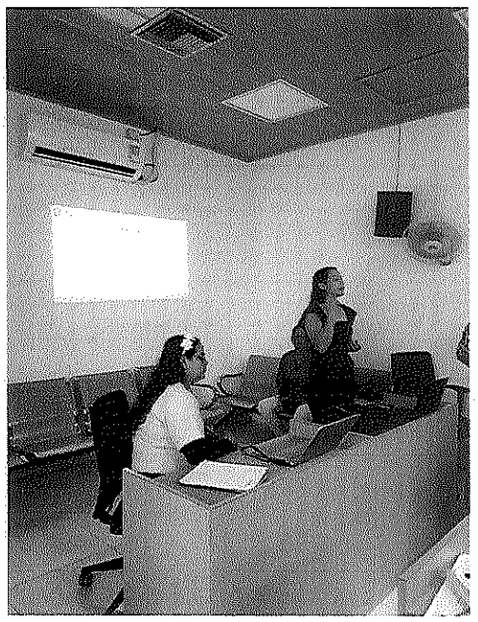
1. se realiza presentación equipo de trabajo, donde se presenta la Dra Banny Pereira, quien fue la encargada de establecer la población a abordar de los proyectos, seguido de la Dra. Rocio Guzman encargada de Gloria Rocío Guzmán Moreno quien es nutricionista y estará encargada del proyecto de educación y comunicación en salud para la promoción de la alimentación en la primera infancia. Luego se presenta la Dra. Sandra Liliana Martínez Sierra Psicóloga quien se encargará del proyecto educación en el entorno educativo para realizar ducación de prevención de la violencia sexual infantil. A continuación, se presenta la Dra, Kelly Johana Menco Sánchez Odontóloga quien será encargada de realizar el proyecto de la estrategia de información con estrategia soy generación más sonriente para la promoción del cuidado de la salud bucal en primera infancia, infancia y adolescencia en establecimientos educativos del área rural.
2. Se realiza socialización del proyecto del proyecto de salud oral en donde se explica la estrategia, su objetivo, los temas que serán abordados en cada establecimiento educativo, la ruta metodológica, el tiempo por actividad y los resultados que se esperan.
3. Se programa fechas con los rectores asistentes para el inicio de las actividades.
4. Se resuelven dudas e inquietudes por parte de los participantes.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Rectores se comprometen a estar presentes en actividades dadas por profesional.	Por establecerse.	Od. Kelly Menco
Se comprometen a trabajar juntos para cumplir los objetivos establecidos durante la reunión, con el fin de lograr los resultados esperados.	A partir de fecha de inicio de actividades.	Od. Kelly Menco, rectores de las instituciones establecidad y estudiantes.

Siendo las 11:00 am se levanta reunión y en constancia se anexa el registro fotográfico del día 06 de agosto del 2024.







FIRMA

KELLY JOHANA MENCO SÁNCHEZ
Odontóloga

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CURSO DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	6
FECHA DE APROBACION	27/03/2023
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE:

Provincia: Yariguies | Municipio: puerto wilches | Fecha: 06/08/2024 | Hora: 7:00am

Objetivo: dar a conocer estrategia frente a secretaria de salud Municipal y rectores de establecimientos educativos.

Tema/Actividad: Estrategia soy generación más sonriente.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCIÓN / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMA
			F	M	NO- BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA (6 A 11)	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60 +)				LGBTIQ+ - OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
1	Kelly Mercio Sánchez	1005654477	X					X			Odontóloga	3177031802	kellymercado1@gmail.com									X				
2	Gloria Poveda Grwán	39542485	X						X		Nutricionista	3205977505	veraquzuanmarce									X				
3	Yeyeh's Cowell	37577867	X						X		ESE EGAD Coronel	3213733592	hospitalwilches@gmail.com									X				
4	Sandra Martinez	1095929207							X		ESE EGAD	3135499176	Sali_0621@hot									X				Sandra Martin
5	Reda M. Valbuena	1098655163	X						X		Enfermera	3125109932	valbuena437@hotmail.com									X				
6	Stefany Florez T	1104136753	X					X			Aux. Enfermeria	3209906864	StefanyFlorez919@Gmail.com									X				Stefany Flo
7	Dania Paola G.	1094397003	X						X		Secretaria Salud	3178340413	Secretaria.salud									X				
8	Yenny Paola Rojas	37581165	X								Secretaria Salud	3133592471	jhpaa26_8@hotmail.com													
9	Mario Acosta	1098.997		X				X			Comfia	3165	comifami2017@gmail.com									X				
10	Sergio E. Egea Pallares	1102413807		X				X			Comisaria F.S	3178808131	comifamiliar@gmail.co									X				Sergio Egea
11	Julio Fontich	91134998		X							Comisaria Fis	3233504889															SORT 2 Cle
12	Yaneth Estrada	63456.337		X					X		CAPS	3203248288	yestradal-d@hotmail.es										X				

Convenciones:

Concepto NO-BINARIO: No se percibe masculino ni femenino, Curso de vida: Diligenciar según corresponda la edad, Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Talla Baja (Tb), Visual (V), Auditiva (A), Cognitiva ©, Campesina, Carcelaria, Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Comunidad del Sistema Responsabilidad Penal para Adolecentes- SRPA, Etnia: Indigena, RROM (Gitana). NARP: Diligencie según corresponda (Negros(N)-Afrodescendientes(A)-Raizales(R) y Palenqueros(P); LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual) - OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa), Migrantes, Otros: Extranjer Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Dulce

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 10
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a.) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

(X) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(X) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

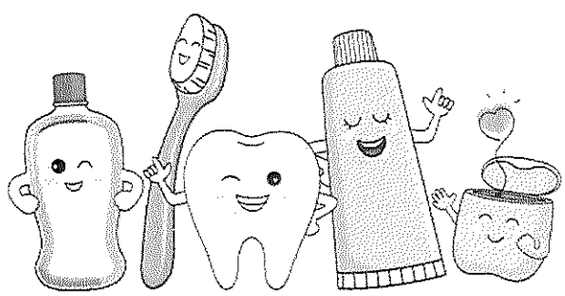
(X) d. Una vez al día

( ) e. Dos o más veces al día

( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

( )

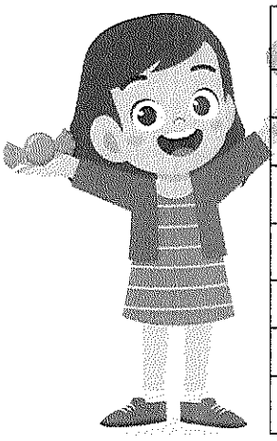


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
(X) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas			X		
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete				X	
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta			X		
Chicles con azúcar	X				
Dulces y caramelos			X		
Leche, té, café con azúcar				X	

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes	X	
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

(X) a. Crema dental especial para niños
( ) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

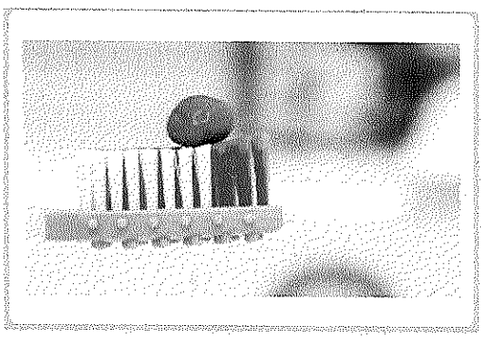
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

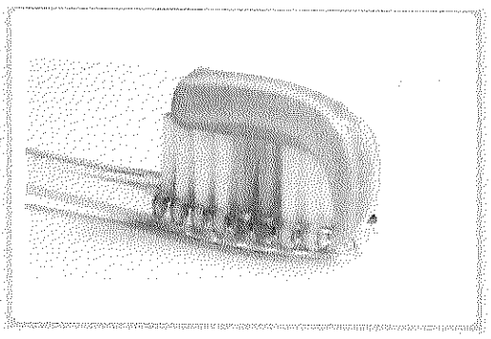
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
(X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

(X) a. Me cepillo siempre solo
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

(b.) Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

( ) a. En cualquier orden
( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
( ) c. Se cepillan solo los de atrás
(X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- (X) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Dayanis
Sofia
Rodriguez

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

Grado cuarto

Dayanis Sofia Rodriguez Nieto

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8 años
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a.) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - (a.) Urbana (Pueblo)
  - b. Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Elíseo Pinilla Rueda Sede B Pueblo Nuevo
  - b. Colegio Elíseo Pinilla Rueda Sede B Domingo sabio
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor
(X) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
( ) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez
(X) b. Dos veces
( ) d. Tres veces
( ) e. No he ido al odontólogo en el último año
( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

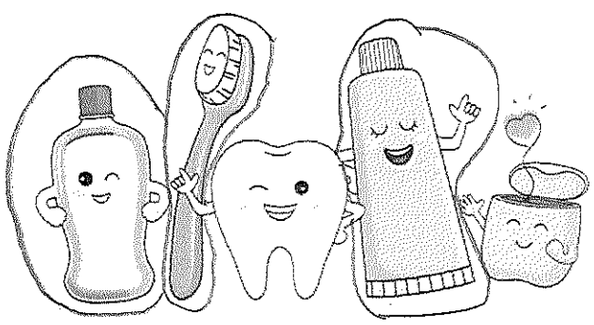
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

(X) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
( ) c. Para un control periódico
( ) d. No sé / no recuerdo para que fui
( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes
( ) b. Dos o tres veces al mes
( ) c. Una vez a la semana
( ) d. Una vez al día
(X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA
VILLANUEVA- SANTANDER

a. Cepillo de dientes [X]

b. Hilo dental [ ]

c. Palitos de dientes (madera) [ ]

d. Enjuaguebucal [ ]

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

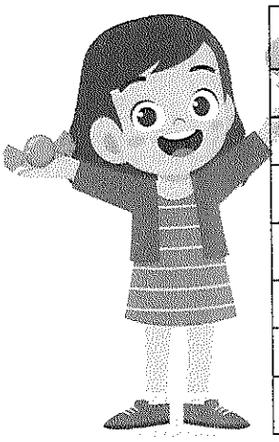
( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías

( ) b. Dos veces al año

( ) c. Una vez al año

(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas			X		
Verduras				X	
Galletas, chitos, alimentos de paquete				X	
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta	X				
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos				X	
Leche, té, café con azúcar				X	

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados

( ) b. Una infección viral normal de la boca

( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños

( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

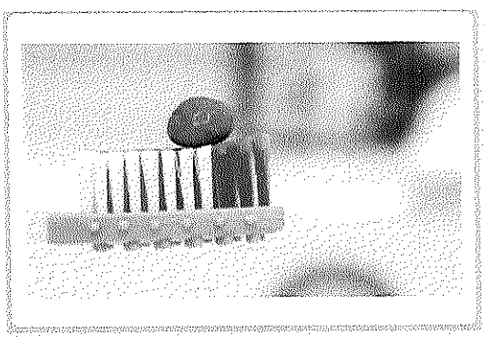
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

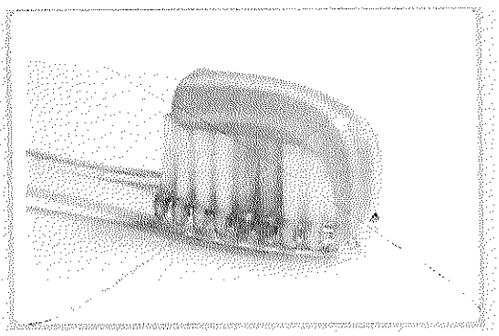
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- (X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

(b.) Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Aslhy
Valeria
Guevara

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a.) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. A menudo siento dolor
- ( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
- (X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
- ( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

- (X) a. Una vez
- ( ) b. Dos veces
- ( ) d. Tres veces
- ( ) e. No he ido al odontólogo en el último año
- ( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

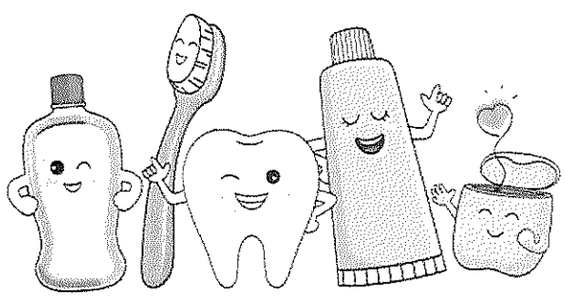
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- ( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- ( ) c. Para un control periódico
- (X) d. No sé / no recuerdo para que fui
- ( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Nunca me cepillo los dientes
- ( ) b. Dos o tres veces al mes
- ( ) c. Una vez a la semana
- ( ) d. Una vez al día
- (X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

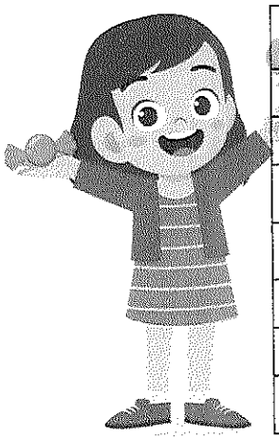


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas	X				
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete				X	
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta				X	
Chicles con azúcar	X				
Dulces y caramelos	X				
Leche, té, café con azúcar		X			

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros	X	

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

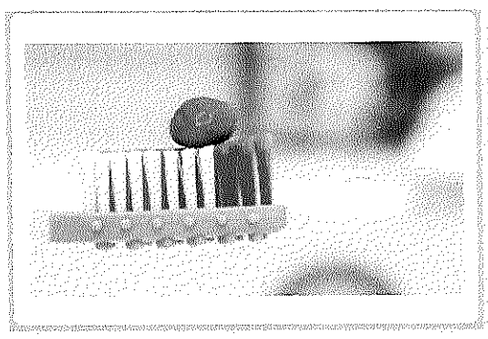
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

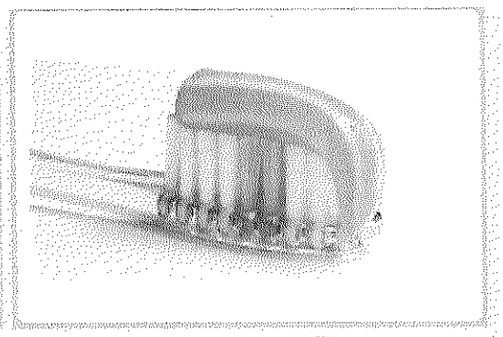
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- (X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. ¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. ¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

E.S.E. CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

Angel

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  a. Femenino
  b. Masculino X
- **En donde vives (Población)**
  a. Urbana (Pueblo)
  b. Rural (Campo) X
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B X
  c. Institución Educativa Colegio Badillo
  d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  e. Escuela Rural el Guayabo

- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  a. Tercero
  b. Cuarto X
  c. Quinto
  d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   (X) a. Excelente
   ( ) b. Buena
   ( ) c. Regular
   ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   (X) a. Excelente
   ( ) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

(X) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(X) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

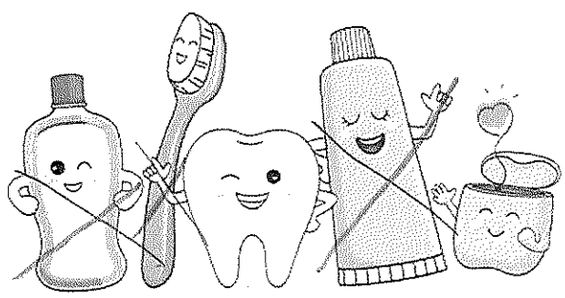
( ) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

( )

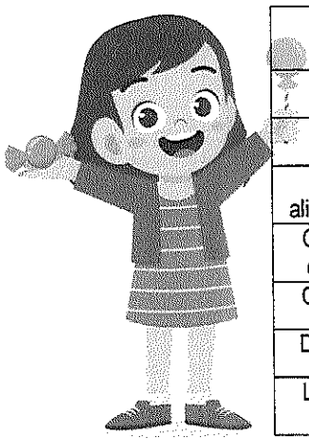


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas					
Verduras					
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar			X		

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
(X) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

( ) a. Crema dental especial para niños
(X) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

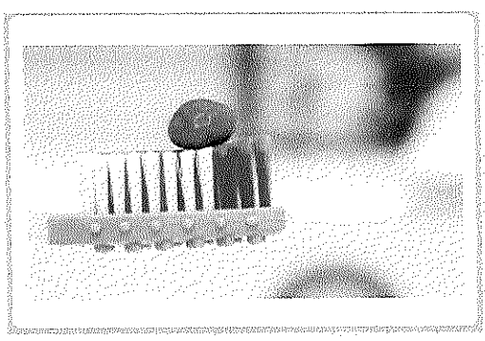
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

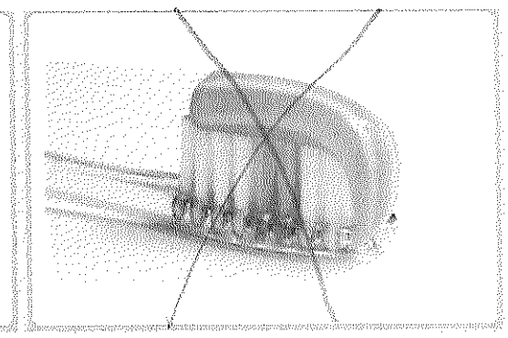
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

(X) a. Me cepillo siempre solo
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

( ) a. En cualquier orden
( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
( ) c. Se cepillan solo los de atrás
(X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Clara luna

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 10
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

- [X] a. A menudo siento dolor
- [ ] b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
- [ ] c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
- [ ] d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

- [X] a. Una vez
- [ ] b. Dos veces
- [ ] d. Tres veces
- [ ] e. No he ido al odontólogo en el último año
- [ ] f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

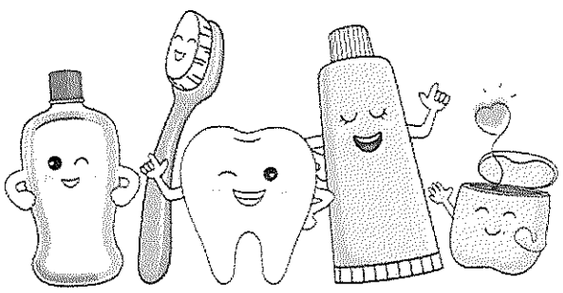
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- [X] a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- [ ] b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- [ ] c. Para un control periódico
- [ ] d. No sé / no recuerdo para que fui
- [ ] e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

- [ ] a. Nunca me cepillo los dientes
- [ ] b. Dos o tres veces al mes
- [ ] c. Una vez a la semana
- [ ] d. Una vez al día
- [X] e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

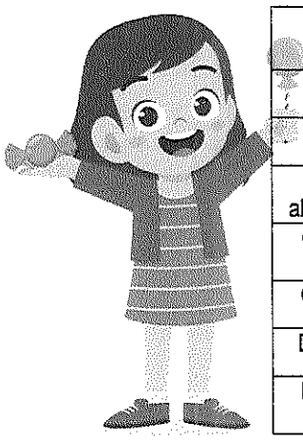


a. Cepillo de dientes [Si]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(Si) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas	X	X			
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta	X				X
Chicles con azúcar	/				X
Dulces y caramelos					X
Leche, té, café con azúcar				X	

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
(X) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes	X	X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros	X	

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

(X) a. Crema dental especial para niños
( ) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

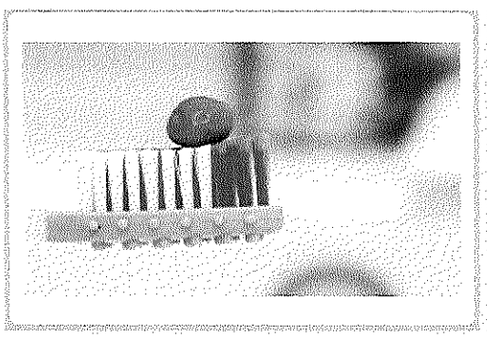
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

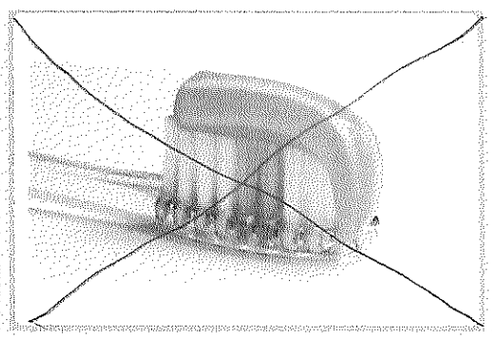
(X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

(X) a. Me cepillo siempre solo
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

(b.) Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

( ) a. En cualquier orden
( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
( ) c. Se cepillan solo los de atrás
(X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. ¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. ¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

E.S.E CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

Jeison

DEPARTAMENTO DE SANTANDER

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  a. Femenino
  b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  a. Urbana (Pueblo)
  b. Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  c. Institución Educativa Colegio Badillo
  d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  a. Tercero
  b. Cuarto
  c. Quinto
  d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   a. Excelente
   b. Buena
   c. Regular
   d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   a. Excelente
   b. Buena

c. Regular

d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

a. Una vez

b. Dos veces

d. Tres veces

e. No he ido al odontólogo en el último año

f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

c. Para un control periódico

d. No sé / no recuerdo para que fui

e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

a. Nunca me cepillo los dientes

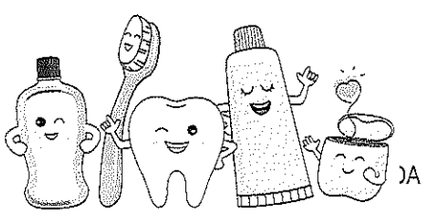
b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

d. Una vez al día

e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

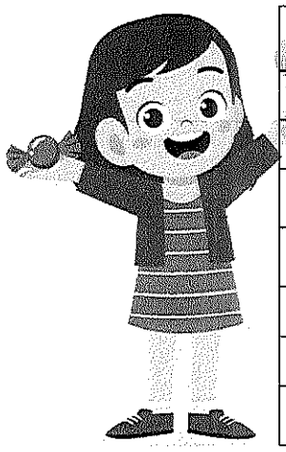


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta			X		
Chicles con azúcar			X		
Dulces y caramelos	X				
Leche, té, café con azúcar					

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- a. Crema dental especial para niños
- b. Crema dental de la que usan los adultos
- c. No utilizo ningún tipo de crema

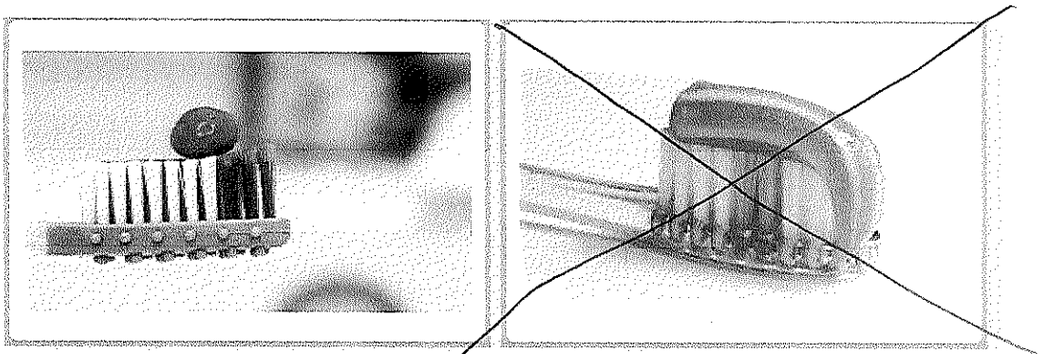
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- a. Me cepillo siempre solo
- b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- a. En cualquier orden
- b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- c. Se cepillan solo los de atrás
- d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (x) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (x) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Andrey

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - (b.) Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

c. Regular

d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

[X] d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

a. Una vez

b. Dos veces

d. Tres veces

[X] e. No he ido al odontólogo en el último año

f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

[X] b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

c. Para un control periódico

d. No sé / no recuerdo para que fui

e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

a. Nunca me cepillo los dientes

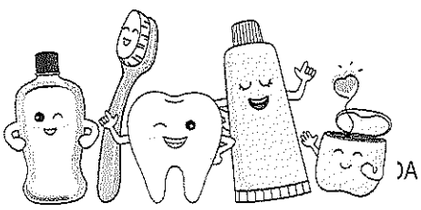
b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

[X] d. Una vez al día

e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



)A

a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas			X		
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete	X				
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos	X				
Leche, té, café con azúcar					

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
(X) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		
Tengo dificultad para comer alimentos duros	X	

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- [x] a. Crema dental especial para niños
- [ ] b. Crema dental de la que usan los adultos
- [ ] c. No utilizo ningún tipo de crema

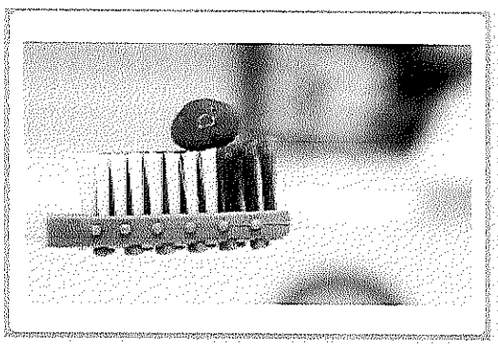
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

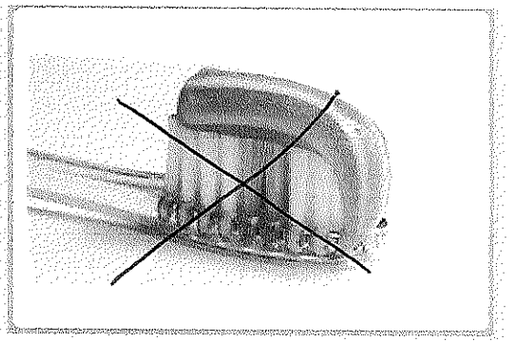
- [ ] a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- [ ] b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- [x] c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- [x] a. Me cepillo siempre solo
- [ ] b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- [ ] c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- [ ] a. En cualquier orden
- [x] b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- [ ] c. Se cepillan solo los de atrás
- [ ] d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- (X) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

JOSEPH Fabian nieto

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - (b.) Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - (X) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

- [x] c. Regular
- [ ] d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

- [ ] a. A menudo siento dolor
- [ ] b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
- [x] c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
- [ ] d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

- [ ] a. Una vez
- [ ] b. Dos veces
- [ ] d. Tres veces
- [ ] e. No he ido al odontólogo en el último año
- [x] f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

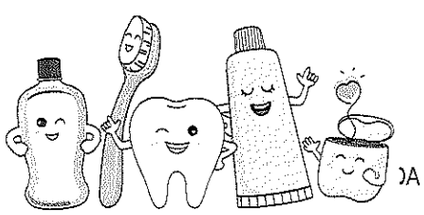
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- [x] a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- [ ] b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- [ ] c. Para un control periódico
- [ ] d. No sé / no recuerdo para que fui
- [ ] e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

- [ ] a. Nunca me cepillo los dientes
- [ ] b. Dos o tres veces al mes
- [ ] c. Una vez a la semana
- [ ] d. Una vez al día
- [x] e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

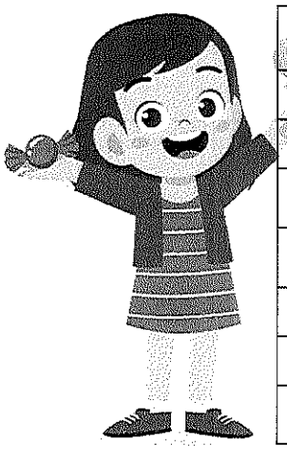


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete	X				
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta	X				
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos	X				
Leche, té, café con azúcar					

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes	X	
Me gusta cómo se ven mis dientes		X
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros	X	

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- [x] a. Crema dental especial para niños
- [ ] b. Crema dental de la que usan los adultos
- [ ] c. No utilizo ningún tipo de crema

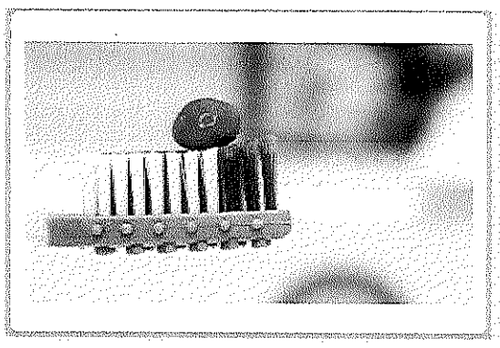
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- [x] a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- [ ] b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- [ ] c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

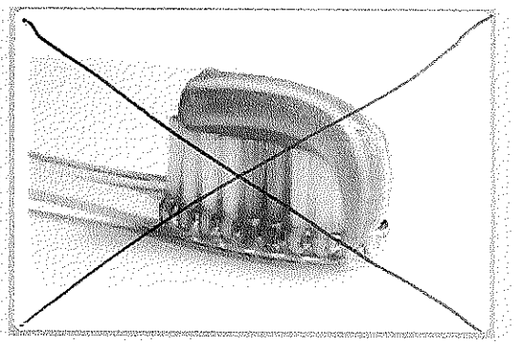
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- [x] a. Me cepillo siempre solo
- [ ] b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- [ ] c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- [ ] a. En cualquier orden
- [ ] b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- [ ] c. Se cepillan solo los de atrás
- [x] d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (X) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

Ashly

E.S.E CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 10
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a.) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (●) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (●) b. Buena

c. Regular

d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

(●) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

a. Una vez

b. Dos veces

d. Tres veces

(●) e. No he ido al odontólogo en el último año

f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(●) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

c. Para un control periódico

d. No sé / no recuerdo para que fui

e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

a. Nunca me cepillo los dientes

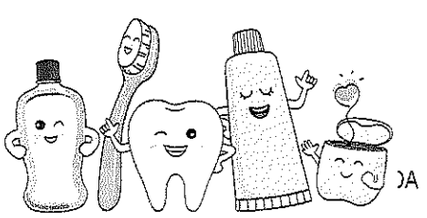
b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

d. Una vez al día

(●) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



a. Cepillo de dientes [x]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [x]

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(x) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		✓			
Verduras	✓				
Galletas, chitos, alimentos de paquete			✓		
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos			✓		
Leche, té, café con azúcar					✓

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
(x) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		x
Me gusta cómo se ven mis dientes	x	
Otros niños se burlan de mis dientes		x
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		x
Tengo dificultad para comer alimentos duros		x

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- a. Crema dental especial para niños
- b. Crema dental de la que usan los adultos
- c. No utilizo ningún tipo de crema

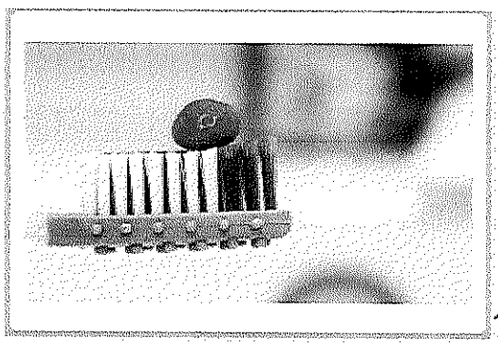
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

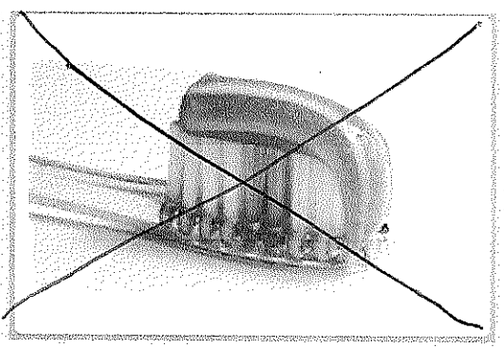
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- a. Me cepillo siempre solo
- b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- a. En cualquier orden
- b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- c. Se cepillan solo los de atrás
- d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (•) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (•) h. No se

Kelly

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - X Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - X Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - X Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - X Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - (X) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

(X) c. Regular

( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

(X) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(X) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

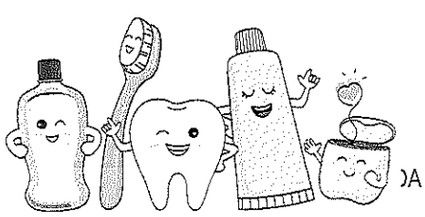
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

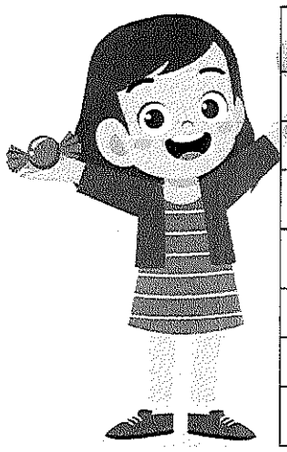


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras	X				
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar					

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

( ) a. Crema dental especial para niños
(X) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

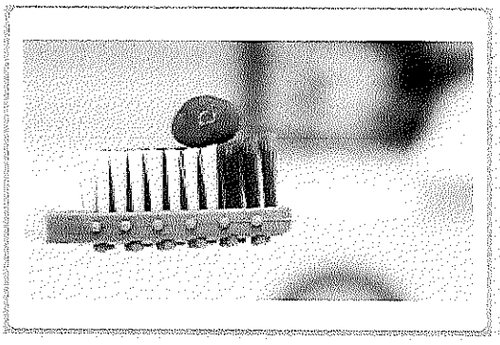
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

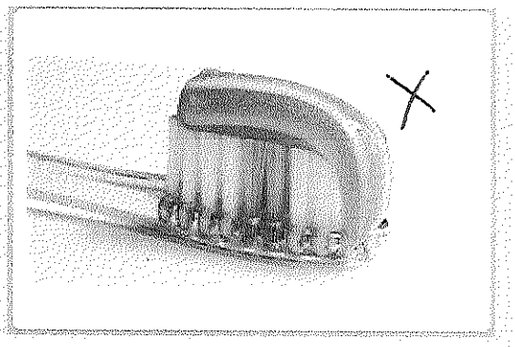
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

(X) a. Me cepillo siempre solo
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

(b.) Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

(X) a. En cualquier orden
( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
( ) c. Se cepillan solo los de atrás
( ) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (X) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

E.S.E CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

Juan Jose

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - b. Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - b. Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - a. Excelente
   - b. Buena
   - c. Regular
   - d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - a. Excelente
   - b. Buena

c. Regular

d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

X c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

X a. Una vez

b. Dos veces

d. Tres veces

e. No he ido al odontólogo en el último año

f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

X b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

c. Para un control periódico

d. No sé / no recuerdo para que fui

e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

a. Nunca me cepillo los dientes

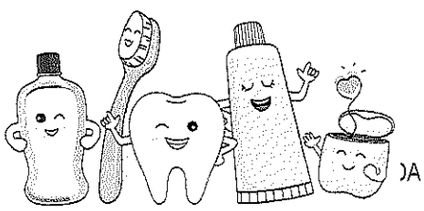
b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

X d. Una vez al día

e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



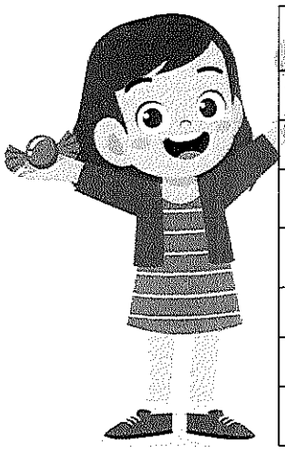
)A

a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [X]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras	X				
Galletas, chitos, alimentos de paquete			X		
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		X			
Chicles con azúcar		X			
Dulces y caramelos		X			
Leche, té, café con azúcar			X		

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
(X) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)**

- a. Crema dental especial para niños
- X b. Crema dental de la que usan los adultos
- c. No utilizo ningún tipo de crema

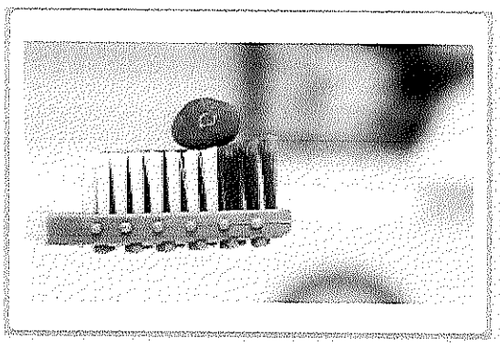
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

- a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- X b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

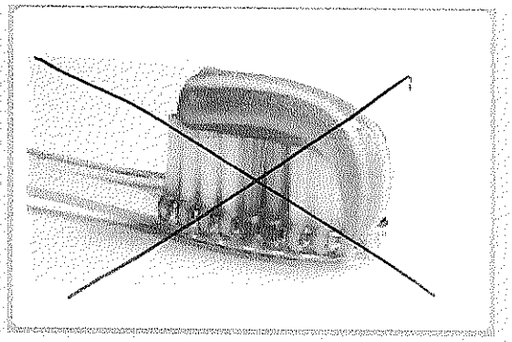
14. **¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)**

- X a. Me cepillo siempre solo
- b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- c. Mis padres son los que me cepillan

15. **¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.**



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. **¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.**

- X a. En cualquier orden
- b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- c. Se cepillan solo los de atrás
- d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (X) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

José David

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - (b.) Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

c. Regular

d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

a. Una vez

b. Dos veces

d. Tres veces

e. No he ido al odontólogo en el último año

f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

c. Para un control periódico

d. No sé / no recuerdo para que fui

e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

a. Nunca me cepillo los dientes

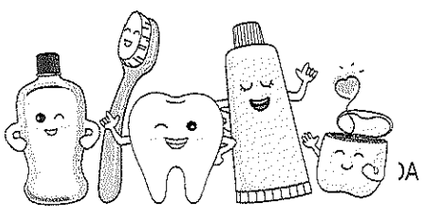
b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

d. Una vez al día

e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

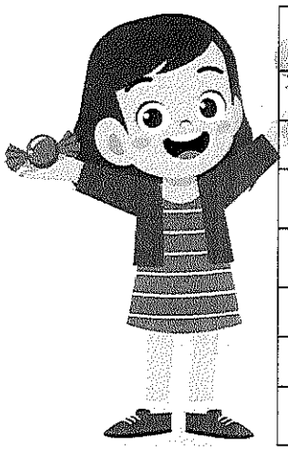


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas	X				
Verduras	X				
Galletas, chitos, alimentos de paquete			X		
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar		X			
Dulces y caramelos		X			
Leche, té, café con azúcar					

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

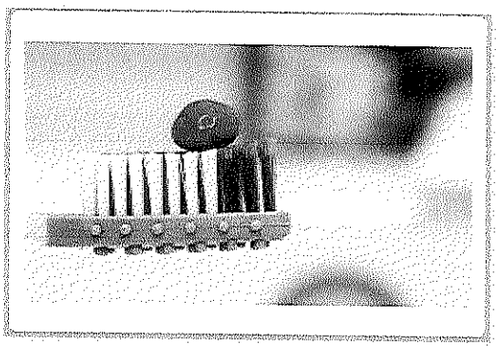
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

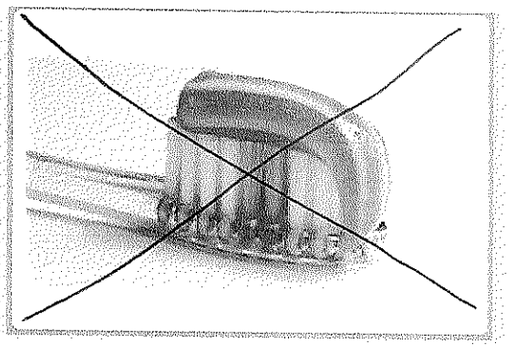
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (X) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

ACTIVIDAD 3

Aplicar una herramienta en los cinco (5) establecimientos educativos rurales, entregada por el supervisor, la cual permitirá a los encargados de ejecutar esta intervención evidenciar, esclarecer o caracterizar, los conocimientos, actitudes, creencias, mitos, prácticas, ritos sobre salud bucal en la población objeto.

Producto:

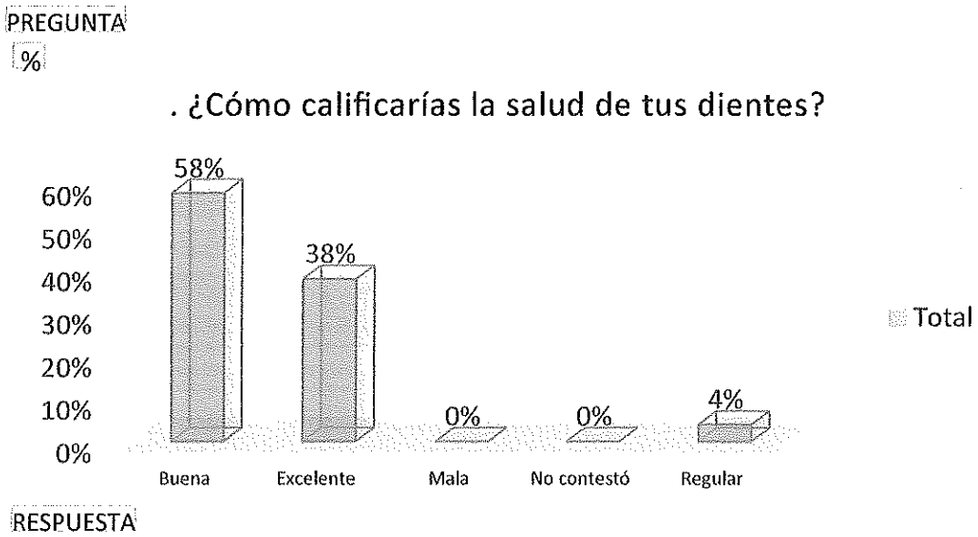
- Herramientas aplicadas con análisis de la información en Excel y Word
- Registro fotográfico durante la aplicación

ACTIVIDADES REALIZADAS:

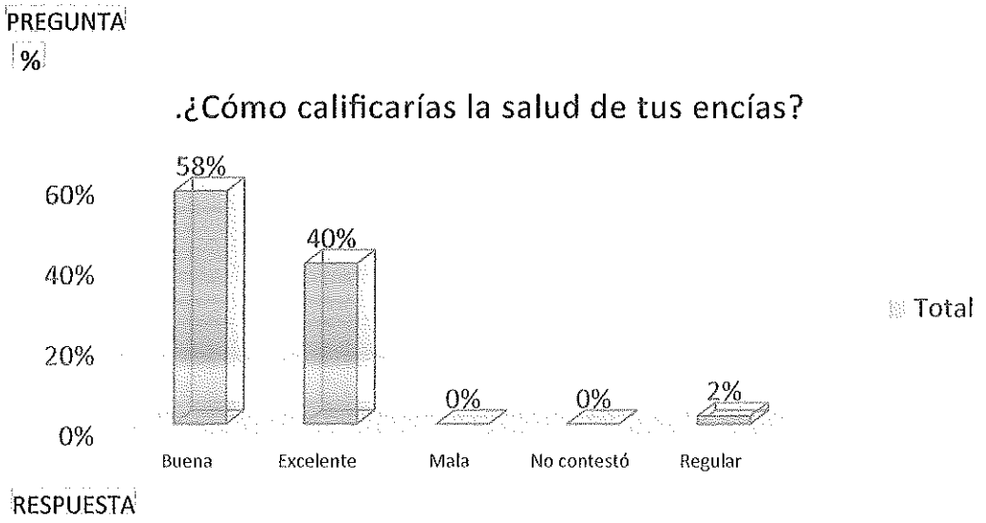
Se anexa:

a) Herramientas
b) Análisis de herramienta en Excel
c) Registro fotográfico

PREGUNTA	¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?
Etiquetas de fila	**%**
Buena	58%
Excelente	38%
Mala	0%
No contestó	**0%**
Regular	4%
Total general	**100%**

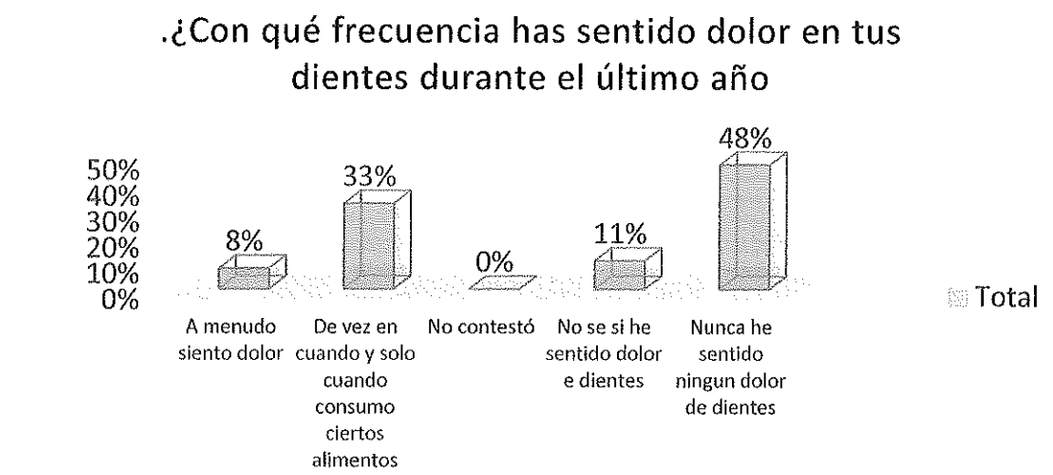


PREGUNTA	¿Cómo calificarías la salud de tus encías?
Etiquetas de fila	**%**
Buena	58%
Excelente	40%
Mala	0%
No contestó	**0%**
Regular	2%
Total general	**100%**



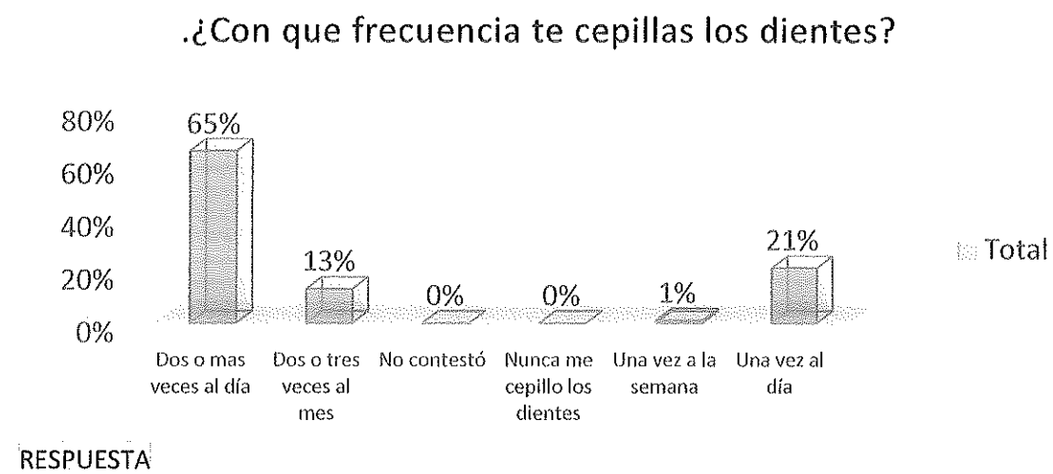
PREGUNTA	¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año

Etiquetas de fila	%
A menudo siento dolor	8%
De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos	33%
No contestó	**0%**
No se si he sentido dolor e dientes	11%
Nunca he sentido ningun dolor de dientes	48%
Total general	**100%**

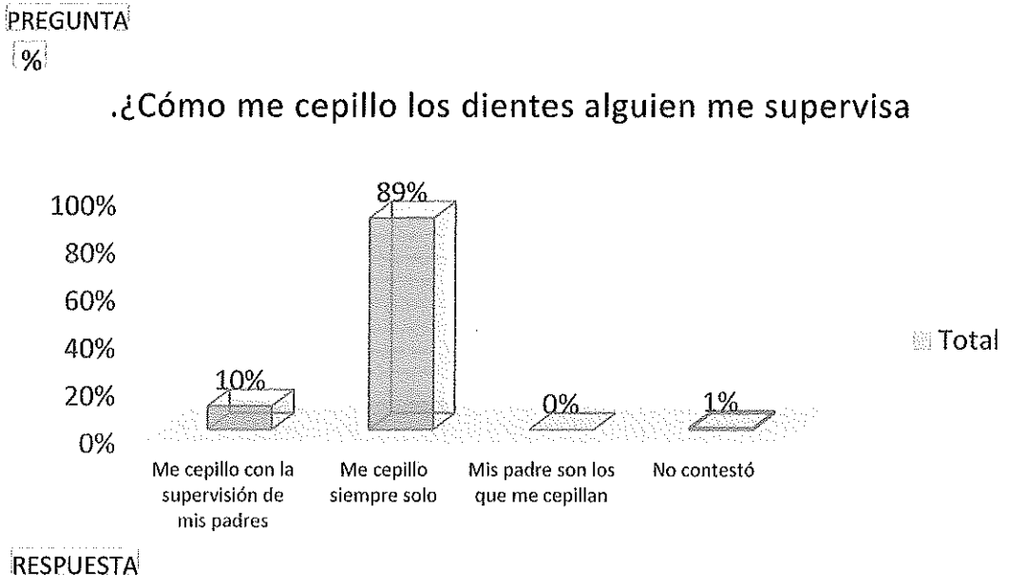


PREGUNTA	¿Con que frecuencia te cepillas los dientes?

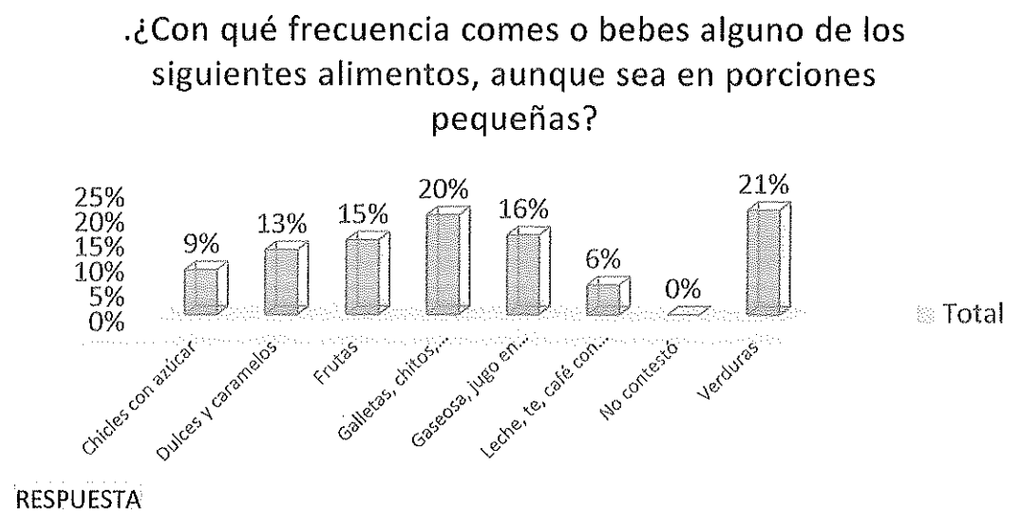
Etiquetas de fila	%
Dos o mas veces al día	65%
Dos o tres veces al mes	13%
No contestó	**0%**
Nunca me cepillo los dientes	0%
Una vez a la semana	1%
Una vez al día	21%
Total general	**100%**



PREGUNTA	¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa
Etiquetas de fila	**%**
Me cepillo con la supervisión de mis padres	10%
Me cepillo siempre solo	89%
Mis padre son los que me cepillan	0%
No contestó	**1%**
Total general	**100%**



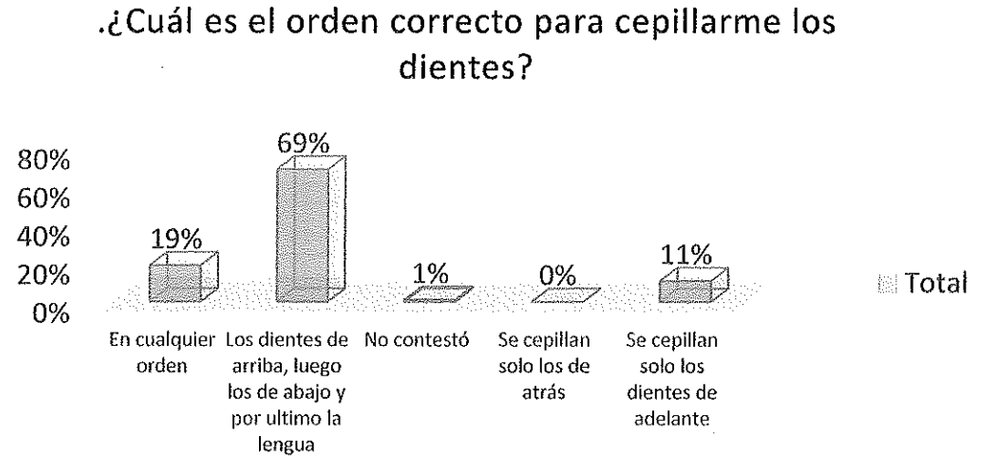
PREGUNTA	¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas?
Etiquetas de fila	**%**
Chicles con azúcar	9%
Dulces y caramelos	13%
Frutas	15%
Galletas, chitos, alimentos de paquetes	20%
Gaseosa, jugo en cajita, pony malta	16%
Leche, te, café con azucar	6%
No contestó	**0%**
Verduras	21%
Total general	**100%**



PREGUNTA	¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes?
Etiquetas de fila	**%**
En cualquier orden	19%
Los dientes de arriba, luego los de abajo y por ultimo la lengua	69%
No contestó	**1%**
Se cepillan solo los de atrás	0%
Se cepillan solo los dientes de adelante	11%
Total general	**100%**

PREGUNTA

%

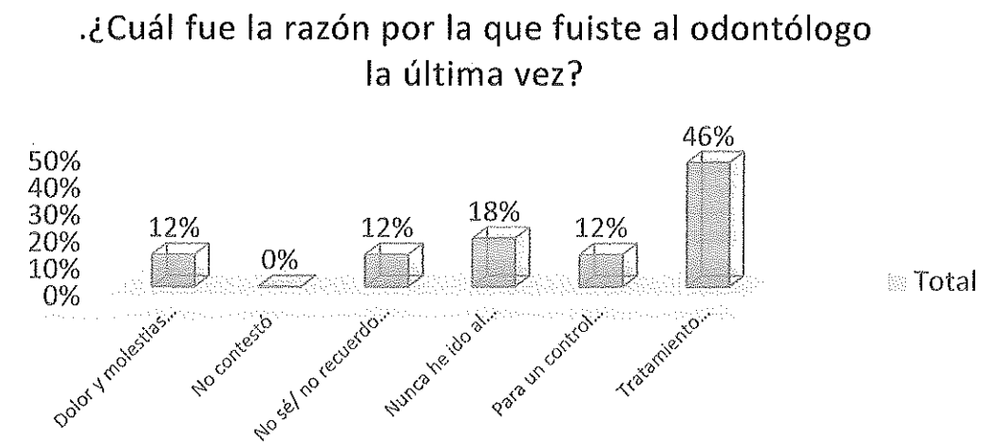


RESPUESTA

PREGUNTA

%

PREGUNTA	¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez?
Etiquetas de fila	**%**
Dolor y molestias en mis dientes, encias o boca	12%
No contestó	**0%**
No sé/ no recuerdo para que fui	12%
Nunca he ido al odontólogo	18%
Para un control periódico	12%
Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)	46%
Total general	**100%**

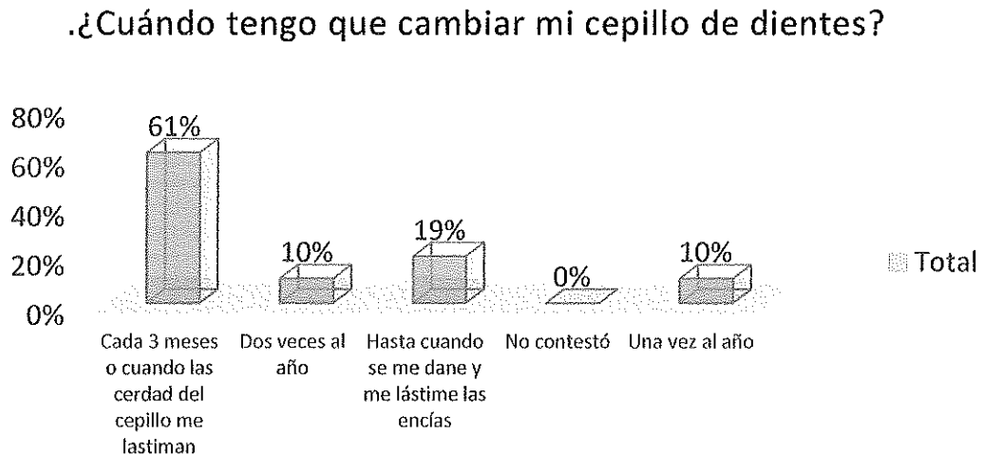


RESPUESTA

PREGUNTA	¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes?
Etiquetas de fila	**%**
Cada 3 meses o cuando las cerdad del cepillo me lastiman	61%
Dos veces al año	10%
Hasta cuando se me dane y me lástime las encías	19%
No contestó	**0%**
Una vez al año	10%
Total general	**100%**

PREGUNTA

%



RESPUESTA

PREGUNTA	¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año?
Etiquetas de fila	**%**
Dos veces	15%
No contestó	**0%**
No he ido al odontólogo el ultimo año	19%
Nunca he ido al odontólogo en mi vida	21%
Tres veces	16%
Una vez	29%
Total general	**100%**

PREGUNTA

%

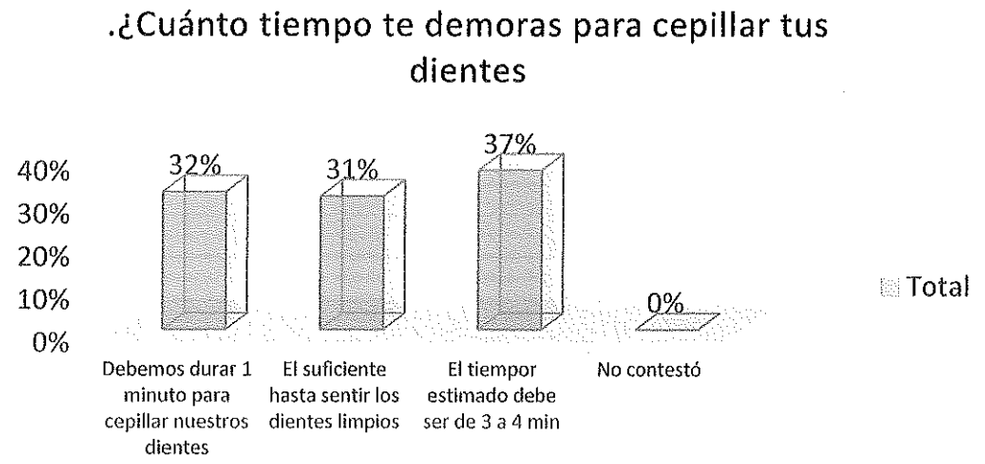


RESPUESTA

PREGUNTA	¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes
Etiquetas de fila	**%**
Debemos durar 1 minuto para cepillar nuestros dientes	32%
El suficiente hasta sentir los dientes limpios	31%
El tiempor estimado debe ser de 3 a 4 min	37%
No contestó	**0%**
Total general	**100%**

PREGUNTA

%

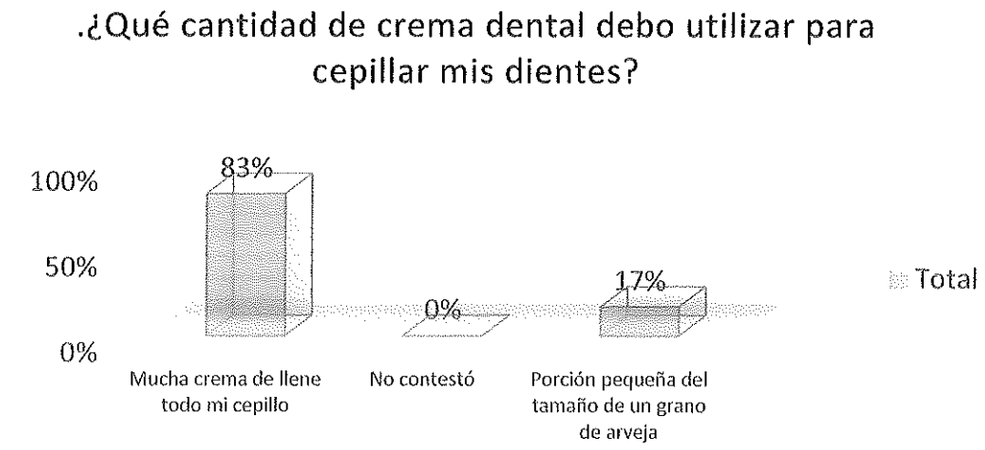


RESPUESTA

PREGUNTA	¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes?
Etiquetas de fila	**%**
Mucha crema de llene todo mi cepillo	83%
No contestó	**0%**
Porción pequeña del tamaño de un grano de arveja	17%
Total general	**100%**

PREGUNTA

%



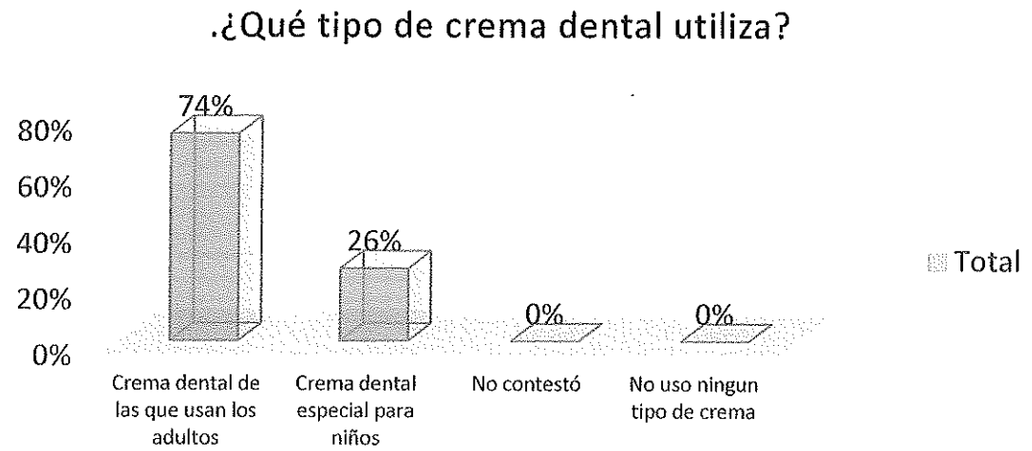
RESPUESTA

PREGUNTA	¿Qué tipo de crema dental utiliza?

Etiquetas de fila	%
Crema dental de las que usan los adultos	74%
Crema dental especial para niños	26%
No contestó	**0%**
No uso ningun tipo de crema	0%
Total general	**100%**

PREGUNTA

%



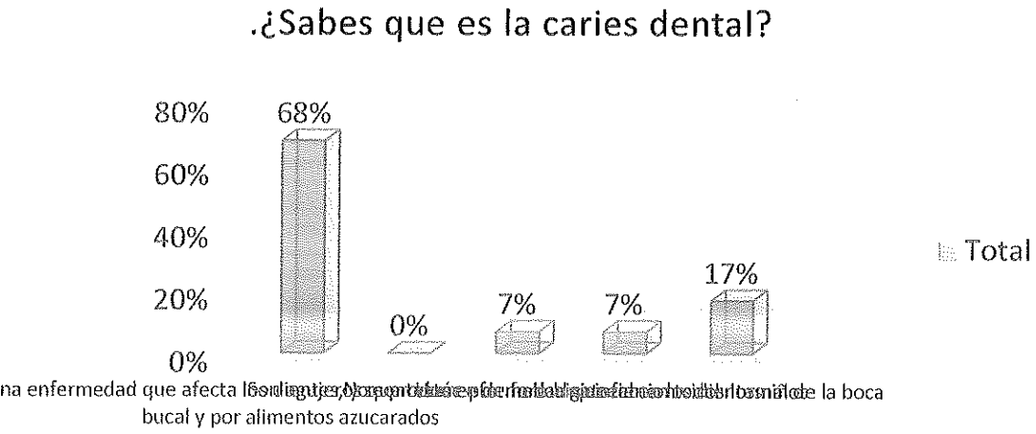
RESPUESTA

PREGUNTA

%

PREGUNTA	¿Sabes que es la caries dental?

Etiquetas de fila	%
Es una enfermedad que afecta los dientes, y se produce por mala	68%
No contestó	**0%**
Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes	7%
Una enfermedad que tienen todos los niños	7%
Una infeccion viral normal de la boca	17%
Total general	**99%**



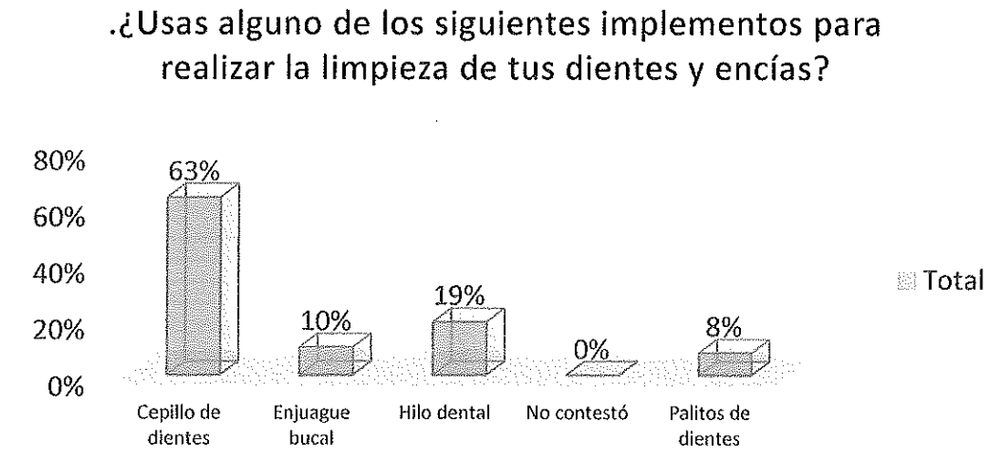
RESPUESTA

PREGUNTA	¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tus dientes y encías?

Etiquetas de fila	%
Cepillo de dientes	63%
Enjuague bucal	10%
Hilo dental	19%
No contestó	**0%**
Palitos de dientes	8%
Total general	**100%**

PREGUNTA

%



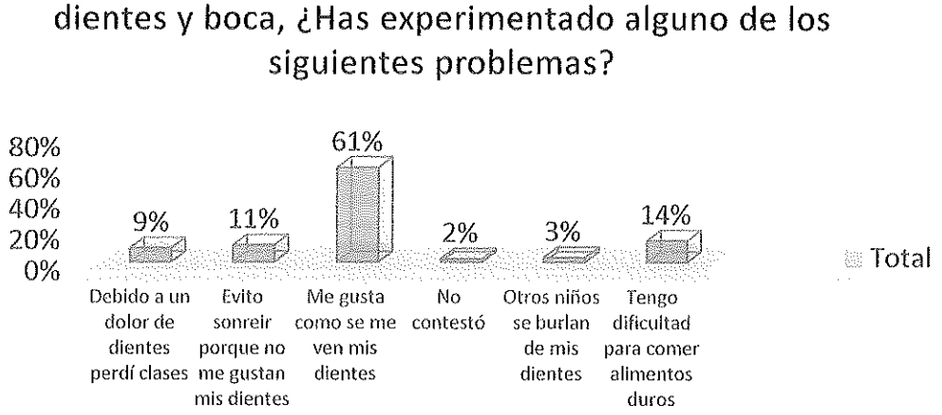
RESPUESTA

PREGUNTA	Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?

Etiquetas de fila	%
Debido a un dolor de dientes perdí clases	9%
Evito sonreir porque no me gustan mis dientes	11%
Me gusta como se me ven mis dientes	61%
No contestó	**2%**
Otros niños se burlan de mis dientes	3%
Tengo dificultad para comer alimentos duros	14%
Total general	**100%**

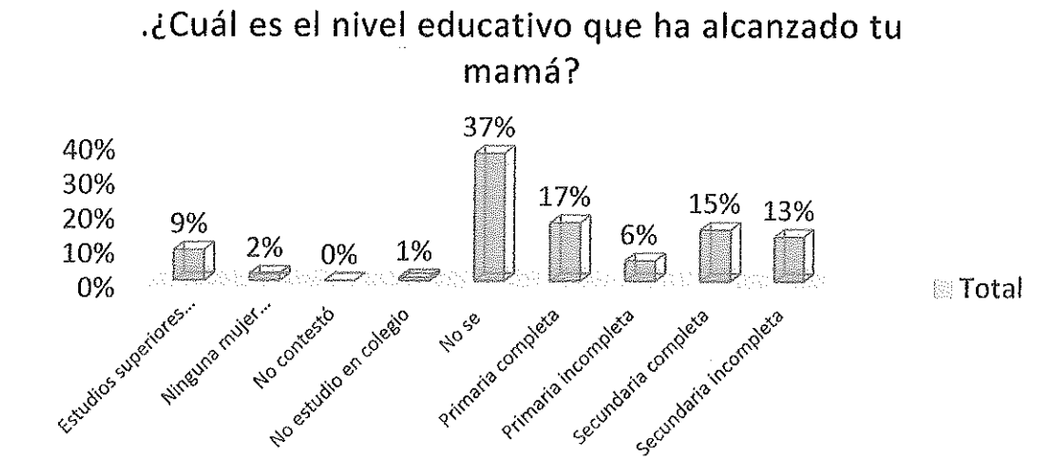
PREGUNTA

%

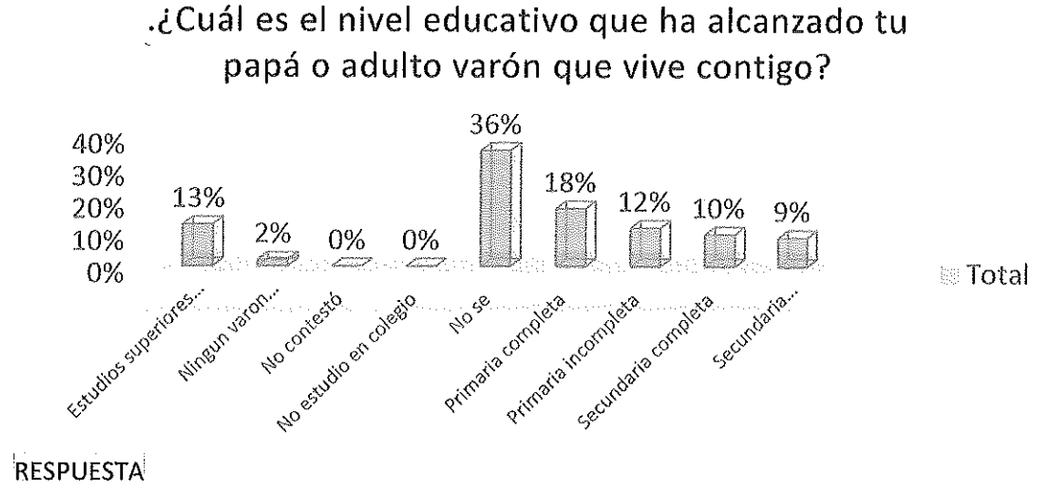


RESPUESTA

PREGUNTA	¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá?
Etiquetas de fila	%
Estudios superiores completados	9%
Ninguna mujer adulta en la casa	2%
No contestó	0%
No estudio en colegio	1%
No se	37%
Primaria completa	17%
Primaria incompleta	6%
Secundaria completa	15%
Secundaria incompleta	13%
Total general	100%



PREGUNTA	¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vive contigo?
Etiquetas de fila	%
Estudios superiores completados	13%
Ningun varon adulto vive conmigo	2%
No contestó	0%
No estudio en colegio	0%
No se	36%
Primaria completa	18%
Primaria incompleta	12%
Secundaria completa	10%
Secundaria incompleta	9%
Total general	100%



República de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CODIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	1 de 2

FICHA TECNICA	
1.Hora:	7:30 A.M
2.Fecha de realización:	16 AGOSTO 2024
3.Participantes:	PRIMERA INFANCIA E INFANCIA
5.Lugar:	MT- VIJAGUAL
6.Tema:	HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

7. Desarrollo de la actividad

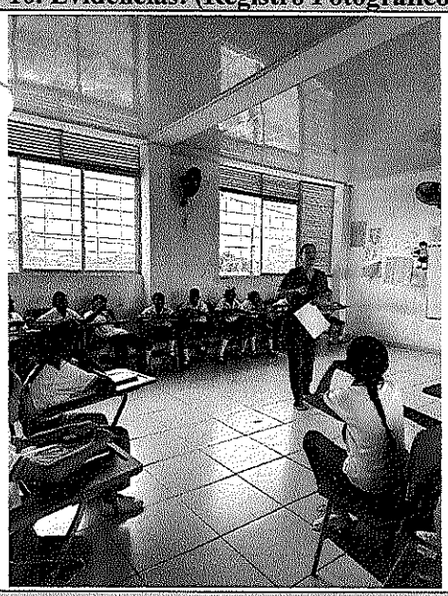
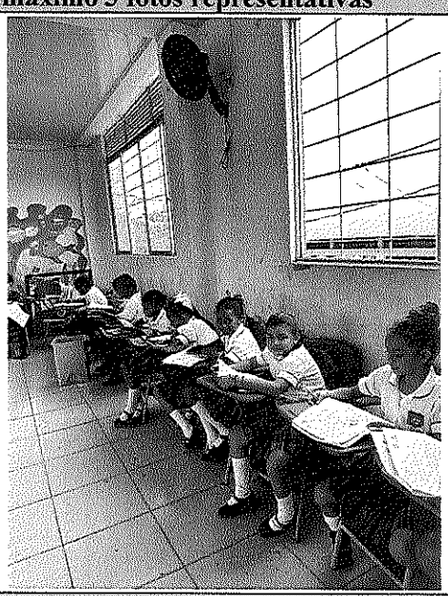
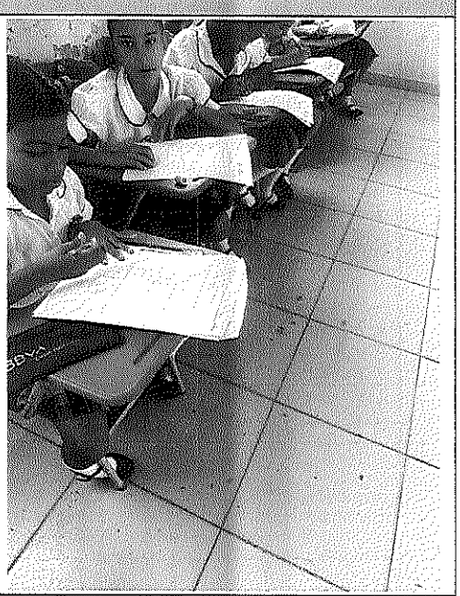
Se raliza aplicación de la herramienta diagnóstica a los estudiantes del grado cuarto de primaria del instituto agropecuario san pedro de vijagual sede B con la herramienta suministrada por el departamento, la cual arrojara los pre-saberes de los estudiantes.

Durante la aplicación de la herramienta, se hace una explicación previa a su aplicación para socializar y retroalimentar los temas a tratar, entre ellas las siguientes:

1. Explicación de la herramienta diagnóstica.
2. Se implementa la actividad en la institución, se les da una hoja a cada niño para que seleccionen la respuesta según lo que ellos aplican en casa.
3. Socialización y compromisos.
4. Agradecimientos.

8.Objetivos	9.Actividades planeadas
• Buscar conocer los saberes que tienen los niños acerca de la salud bucal y que hábitos tienen a diario.	1. Explicación de la herramienta diagnóstica. 2. Se implementa la actividad en la institución, se les da una hoja a cada niño para que seleccionen la respuesta según lo que ellos aplican en casa. 3. Socialización y compromisos. 4. Agradecimientos.

10. Evidencias: (Registro Fotográfico, máximo 3 fotos representativas

11.Resumen de aspectos relevantes de la actividad:

- Estudiantes participaron activamente en la actividad.
- Estudiantes respetaron los horarios establecidos para el inicio y final de la actividad.
- El lugar en donde se realizó la actividad fue apropiado.
- Las herramientas fueron claras y efectivas para los estudiantes.

12.Conclusiones:

Se realiza análisis de la información recolectada para dar inicio a las sesiones educativas con el grupo de cuarto de primaria.

Kelly Johana Menco Sánchez
Odontóloga

Magda Del Rosario Chacón
Supervisora

4:8 Michael

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (Si) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - (Si) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor
(X) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
( ) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

(X) a. Una vez
( ) b. Dos veces
( ) d. Tres veces
( ) e. No he ido al odontólogo en el último año
( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

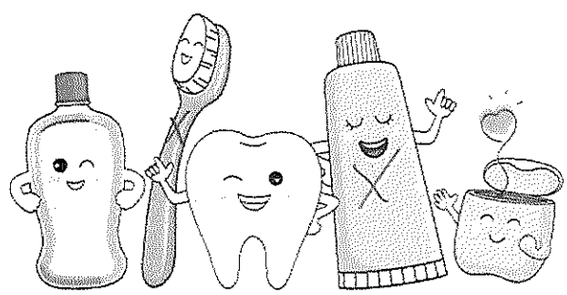
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
(X) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
( ) c. Para un control periódico
( ) d. No sé / no recuerdo para que fui
( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes
(X) b. Dos o tres veces al mes
( ) c. Una vez a la semana
( ) d. Una vez al día
( ) e. Dos o más veces al día
( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**
( )

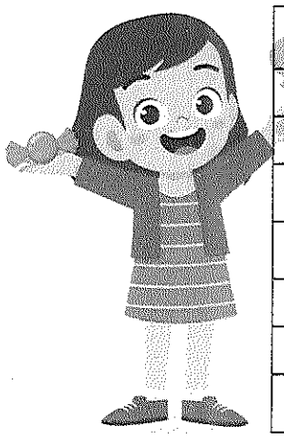


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras	X	X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete	X				
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta	X				
Chicles con azúcar					X
Dulces y caramelos	X				
Leche, té, café con azúcar	X				

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		
Me gusta cómo se ven mis dientes	Si	
Otros niños se burlan de mis dientes		N/A
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		N/A
Tengo dificultad para comer alimentos duros	Si	

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

( ) a. Crema dental especial para niños
(X) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

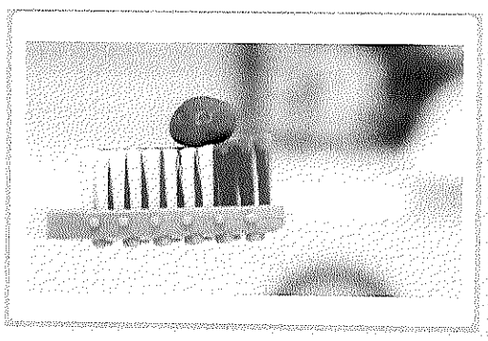
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

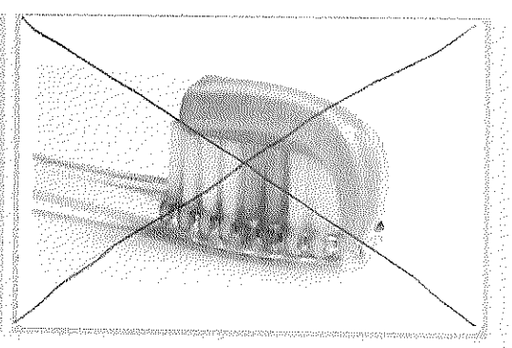
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
(X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

( ) a. Me cepillo siempre solo
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





(a.) Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

(b) Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

( ) a. En cualquier orden
( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
( ) c. Se cepillan solo los de atrás
(X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- (X) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- (X) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

E.S.E. CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

Merlin Saenz

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 10
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - b. Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - b. Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

(X) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

( ) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

(X) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

(X) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

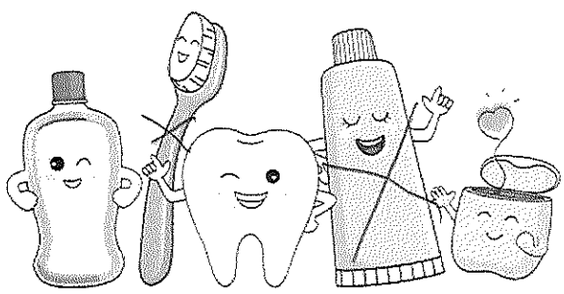
( ) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

( )

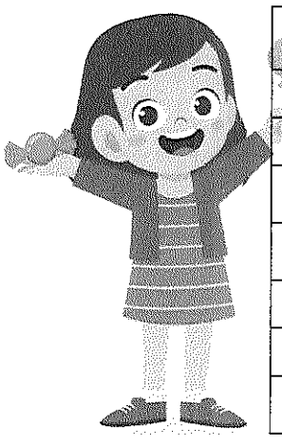


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras	X				
Galletas, chitos, alimentos de paquete	X				
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta				X	
Chicles con azúcar					X
Dulces y caramelos	X				
Leche, té, café con azúcar	X				

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		NO
Me gusta cómo se ven mis dientes	SI	
Otros niños se burlan de mis dientes		no
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		no
Tengo dificultad para comer alimentos duros	SI	

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

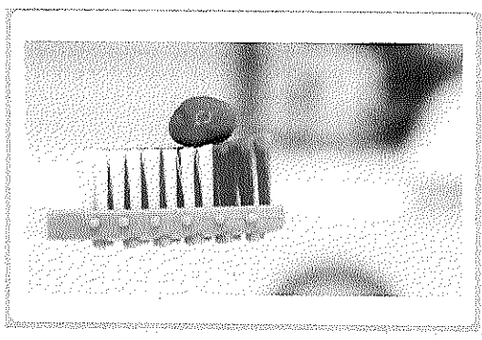
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

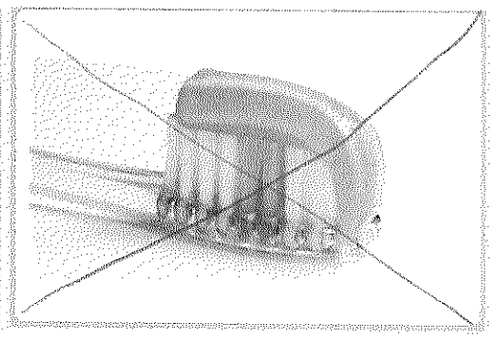
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- (X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Mauren

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a.) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

- [x] a. A menudo siento dolor
- [ ] b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
- [ ] c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
- [ ] d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

- [x] a. Una vez
- [ ] b. Dos veces
- [ ] d. Tres veces
- [ ] e. No he ido al odontólogo en el último año
- [ ] f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

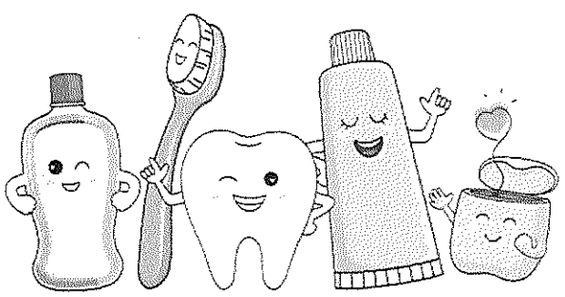
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- [x] a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- [ ] b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- [ ] c. Para un control periódico
- [ ] d. No sé / no recuerdo para que fui
- [ ] e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

- [ ] a. Nunca me cepillo los dientes
- [ ] b. Dos o tres veces al mes
- [ ] c. Una vez a la semana
- [ ] d. Una vez al día
- [x] e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

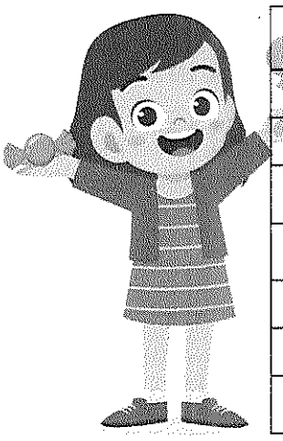


a. Cepillo de dientes [SI]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(SI) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas	X				
Verduras			X	X	
Galletas, chitos, alimentos de paquete					X
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar				X	
Dulces y caramelos					X
Leche, té, café con azúcar				X	

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
(X) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros	X	

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

E.S.E CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

lic salome

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a.) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - (X) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. A menudo siento dolor
- ( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
- (X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
- ( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

- (X) a. Una vez
- ( ) b. Dos veces
- ( ) d. Tres veces
- ( ) e. No he ido al odontólogo en el último año
- ( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

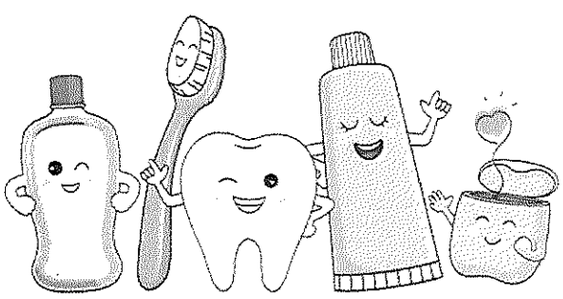
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- ( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- ( ) c. Para un control periódico
- (X) d. No sé / no recuerdo para que fui
- ( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Nunca me cepillo los dientes
- ( ) b. Dos o tres veces al mes
- ( ) c. Una vez a la semana
- ( ) d. Una vez al día
- (X) e. Dos o más veces al día
- ( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**
( )

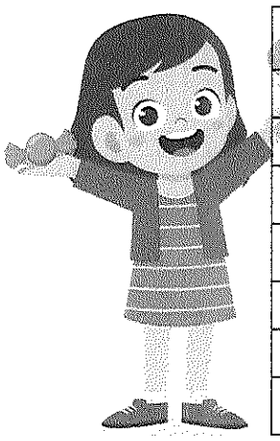


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas				X	
Verduras					X
Galletas, chitos, alimentos de paquete				X	
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta			X	X	
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos				X	
Leche, té, café con azúcar			X		

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
(X) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes	X	
Me gusta cómo se ven mis dientes		X
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

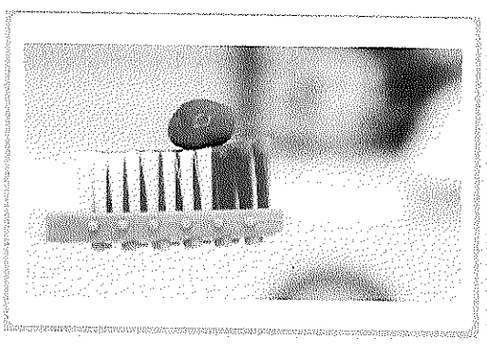
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

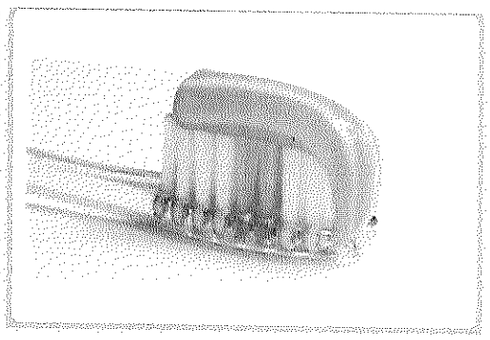
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- (X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Me cepillo siempre solo
- (X) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

(b) Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo?-Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (X) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (X) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Kevin

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  a. Femenino
  b. Masculino X
- **En donde vives (Población)**
  a. Urbana (Pueblo)
  b. Rural (Campo) X
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B X
  c. Institución Educativa Colegio Badillo
  d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  a. Tercero
  b. Cuarto X
  c. Quinto
  d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   X a. Excelente
   ( ) b. Buena
   ( ) c. Regular
   ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   X a. Excelente
   ( ) b. Buena

Kevin

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  a. Femenino
  b. Masculino X
- **En donde vives (Población)**
  a. Urbana (Pueblo)
  b. Rural (Campo) X
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  a. Colegio Elíseo Pinilla Rueda Sede B Pueblo Nuevo
  b. Colegio Elíseo Pinilla Rueda Sede B Domingo sabio
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  a. Tercero
  b. Cuarto X
  c. Quinto

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   (X) a. Excelente
   ( ) b. Buena
   ( ) c. Regular
   ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   (X) a. Excelente
   ( ) b. Buena
   ( ) c. Regular
   ( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. A menudo siento dolor
- ( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos
- (X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes
- ( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Una vez
- (X) b. Dos veces
- ( ) d. Tres veces
- ( ) e. No he ido al odontólogo en el último año
- ( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

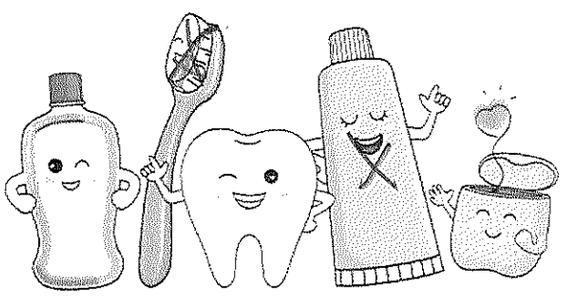
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- (X) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- ( ) c. Para un control periódico
- ( ) d. No sé / no recuerdo para que fui
- ( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Nunca me cepillo los dientes
- ( ) b. Dos o tres veces al mes
- ( ) c. Una vez a la semana
- ( ) d. Una vez al día
- (X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas					
Verduras					
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar			X		

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
(X) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

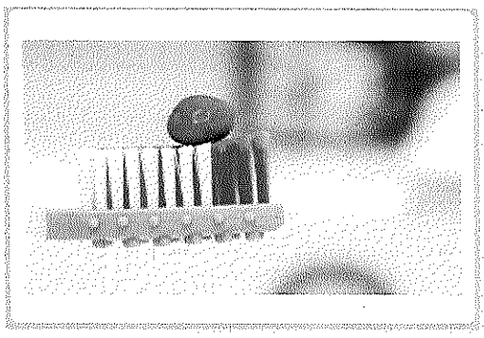
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- (X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

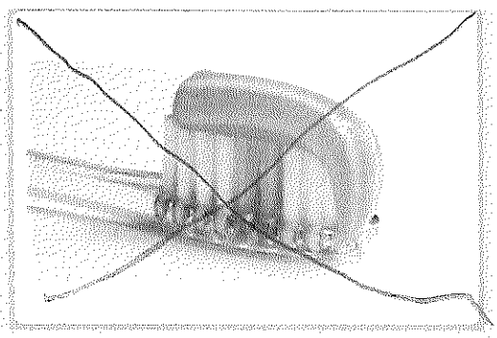
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Keili

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 11
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(c.) Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

(f.) Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(b.) Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

(b.) Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

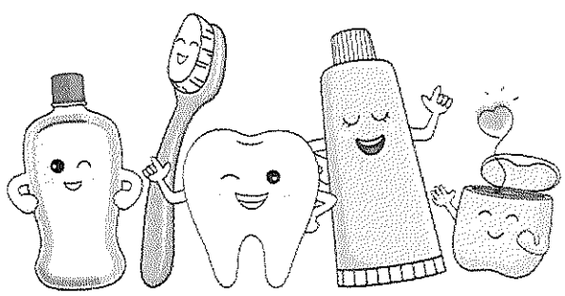
( ) d. Una vez al día

( ) e. Dos o más veces al día

( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

( )

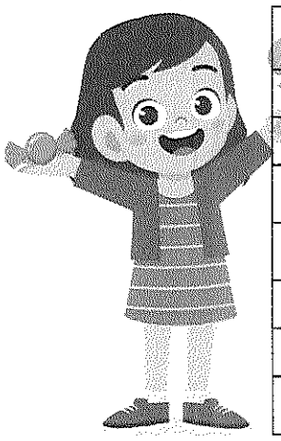


a. Cepillo de dientes ☐
b. Hilo dental ☐
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
(b) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas			X		X
Verduras	X	X			X
Galletas, chitos, alimentos de paquete					X
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		X			X
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar					

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
(X) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	X
Otros niños se burlan de mis dientes	X	
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio	X	X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- (X) a. Crema dental especial para niños
- ( ) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

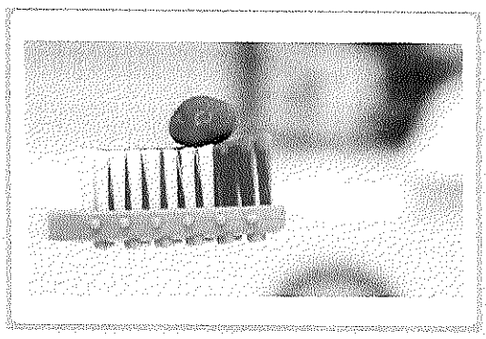
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

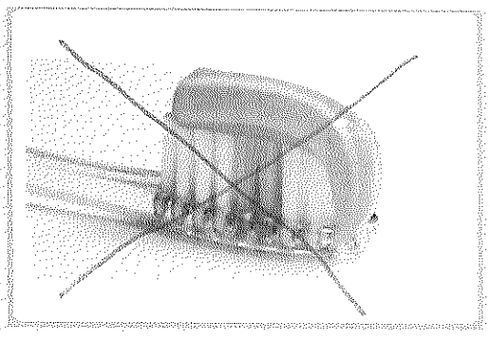
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- (X) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

ISABELL

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** _____
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - (a.) Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (Si) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - (Si) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

(Si) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

( ) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

(Si) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(Si) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

(X) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

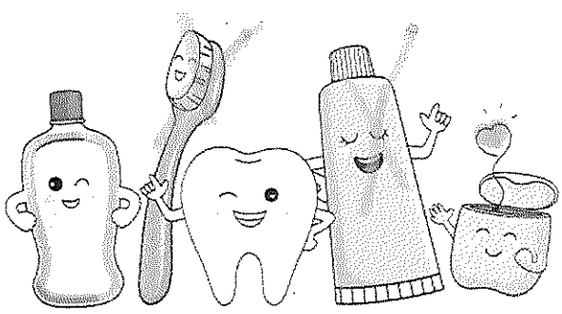
( ) d. Una vez al día

( ) e. Dos o más veces al día

( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

( )



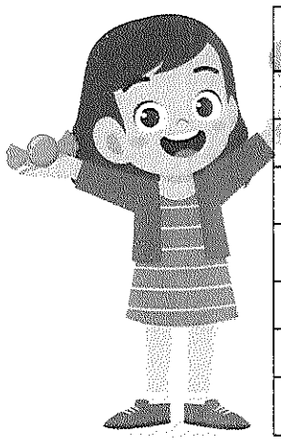
ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA
VILLANUEVA- SANTANDER

a. Cepillo de dientes [Si]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(Si) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas			X		
Verduras				X	
Galletas, chitos, alimentos de paquete					X
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					X
Chicles con azúcar				X	X
Dulces y caramelos					X
Leche, té, café con azúcar					X

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
(X) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	Si	
Otros niños se burlan de mis dientes		NO
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio	Si	
Tengo dificultad para comer alimentos duros		NO

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

(X) a. Crema dental especial para niños

( ) b. Crema dental de la que usan los adultos

( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes

(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos

( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

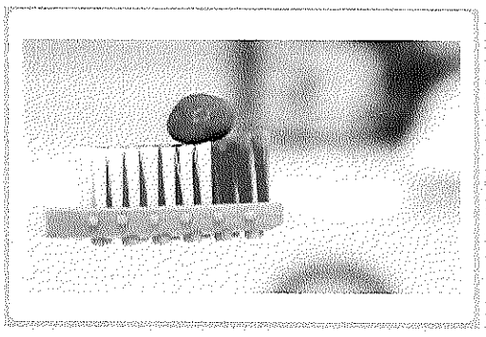
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

(X) a. Me cepillo siempre solo

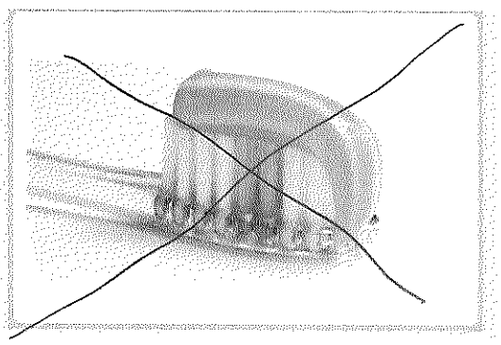
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres

( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

( ) a. En cualquier orden

( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante

( ) c. Se cepillan solo los de atrás

(X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- (X) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- (X) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

E.S.E. CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

Elizabeth Ospino

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - b. Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - b. Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - [X] a. Excelente
   - [ ] b. Buena
   - [ ] c. Regular
   - [ ] d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - [X] a. Excelente
   - [ ] b. Buena

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

(X) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

( ) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

(X) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(X) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

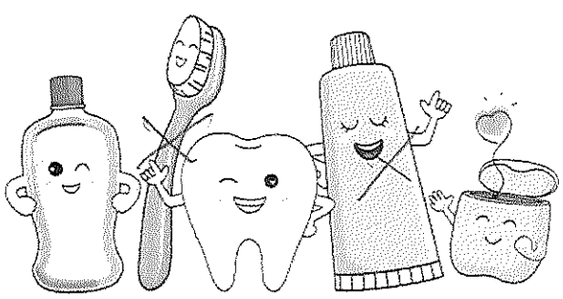
(X) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

( )

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

( )

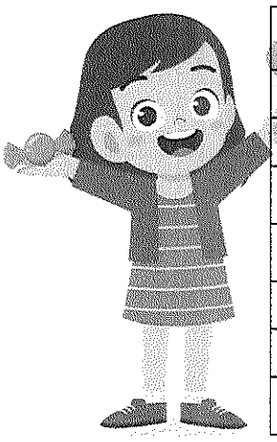


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas	X				
Verduras	X				
Galletas, chitos, alimentos de paquete				X	
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta				X	
Chicles con azúcar		X			
Dulces y caramelos		X			
Leche, té, café con azúcar		X			

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		NO
Me gusta cómo se ven mis dientes	SI	
Otros niños se burlan de mis dientes	SI	
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		NO
Tengo dificultad para comer alimentos duros	SI	

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

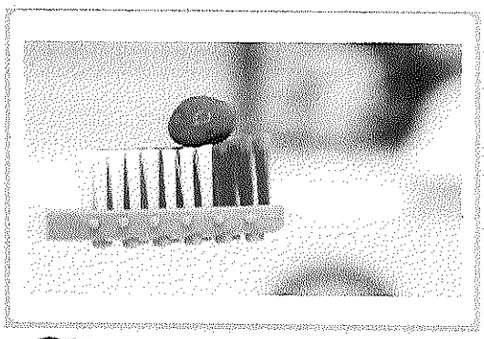
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

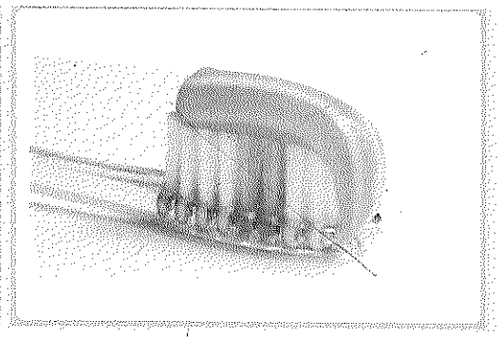
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- (X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





- (X) a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja
- ( ) b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- (X) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Iham mendoza

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - X Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - X Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - X Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - X Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

( ) c. Regular

( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

(X) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

(X) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

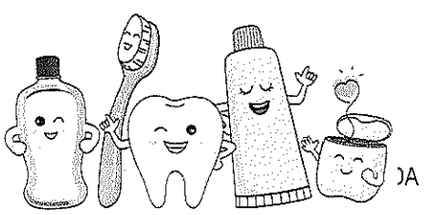
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

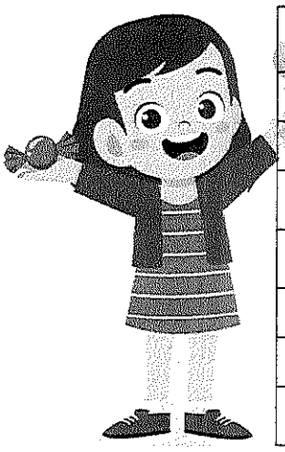


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [X]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas	X				
Verduras	X				
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos	X				
Leche, té, café con azúcar					

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

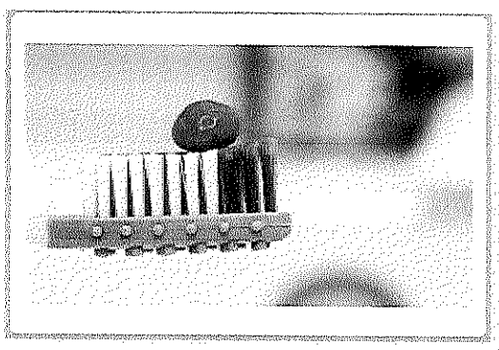
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- (X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

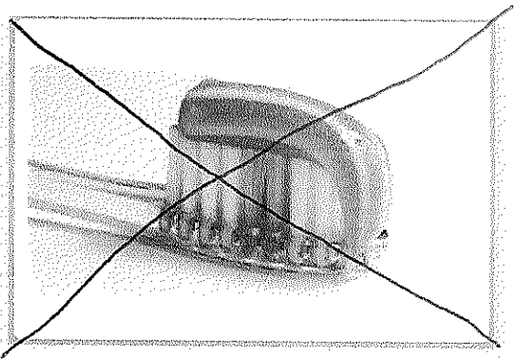
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (X) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

E.S.E CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

emanuel

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - b. Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - b. Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (✓) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (✓) b. Buena

( ) c. Regular

( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(✓) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

(10) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(✓) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

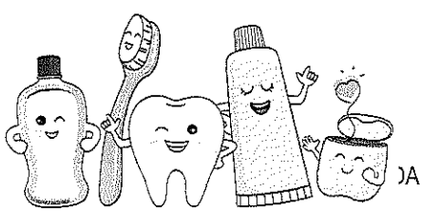
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(✓) d. Una vez al día

( ) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

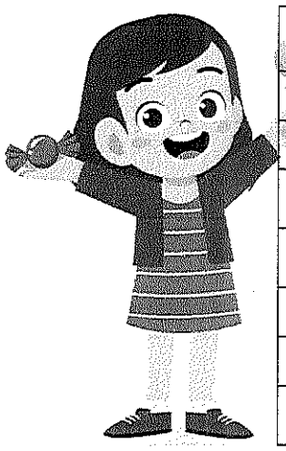


a. Cepillo de dientes ☑
b. Hilo dental ☐
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(✓) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas					
Verduras		✓			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		✓			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		✓			
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar					

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
(✓) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		✓
Me gusta cómo se ven mis dientes	✓	
Otros niños se burlan de mis dientes		✓
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio	✓	
Tengo dificultad para comer alimentos duros		✓

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- [x] a. Crema dental especial para niños
- [ ] b. Crema dental de la que usan los adultos
- [ ] c. No utilizo ningún tipo de crema

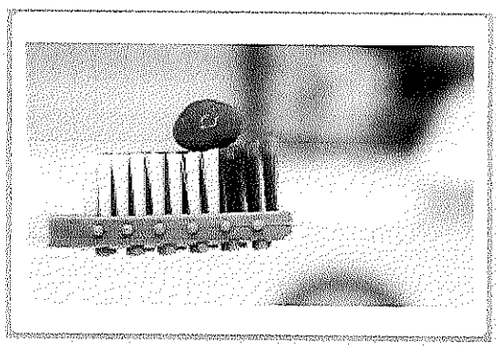
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

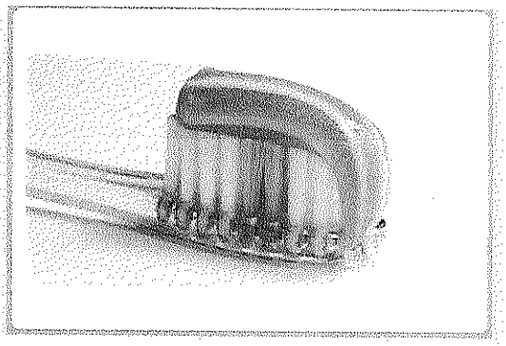
- [ ] a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- [ ] b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- [x] c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- [x] a. Me cepillo siempre solo
- [ ] b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- [ ] c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- [x] a. En cualquier orden
- [ ] b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- [ ] c. Se cepillan solo los de atrás
- [ ] d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (✓) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (✓) h. No se

E.S.E. CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA Villanueva - Santander

Miguel

DEPARTAMENTO DE SANTANDER

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 10
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  a. Femenino
  b. Masculino X
- **En donde vives (Población)**
  a. Urbana (Pueblo)
  b. Rural (Campo) X
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B X
  c. Institución Educativa Colegio Badillo
  d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  e. Escuela Rural el Guayabo

- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  a. Tercero
  b. Cuarto X
  c. Quinto
  d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   ◯ a. Excelente
   ◯ b. Buena X
   ◯ c. Regular
   ◯ d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   ◯ a. Excelente
   ◯ b. Buena X

c. Regular

d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes X

d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

a. Una vez

b. Dos veces

d. Tres veces X

e. No he ido al odontólogo en el último año

f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

c. Para un control periódico X

d. No sé / no recuerdo para que fui

e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

a. Nunca me cepillo los dientes

b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

d. Una vez al día X

e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen X

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		X			
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar					

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
(X) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes X

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)**

( ) a. Crema dental especial para niños X
( ) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

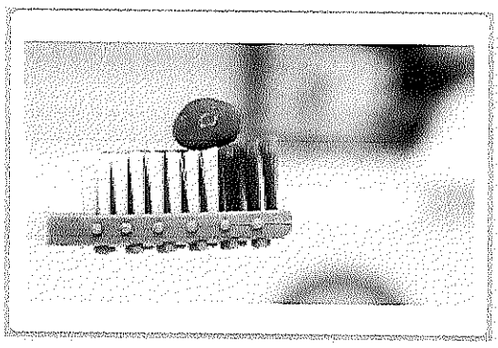
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

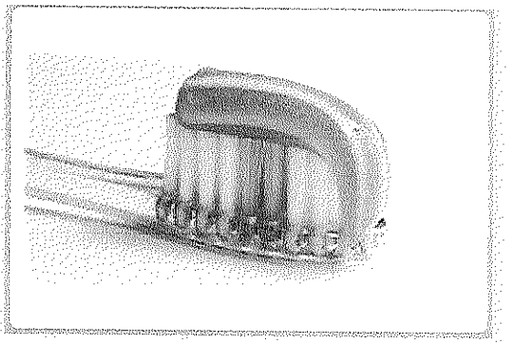
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios X

14. **¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)**

( ) a. Me cepillo siempre solo X
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. **¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.**





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. **¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.**

( ) a. En cualquier orden X
( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
( ) c. Se cepillan solo los de atrás
( ) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (X) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

mauricio

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - (b.) Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - (X) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

c. Regular

d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

a. Una vez

b. Dos veces

d. Tres veces

e. No he ido al odontólogo en el último año

f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

c. Para un control periódico

d. No sé / no recuerdo para que fui

e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

a. Nunca me cepillo los dientes

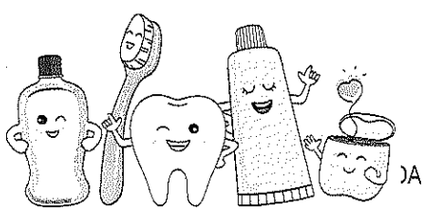
b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

d. Una vez al día

e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



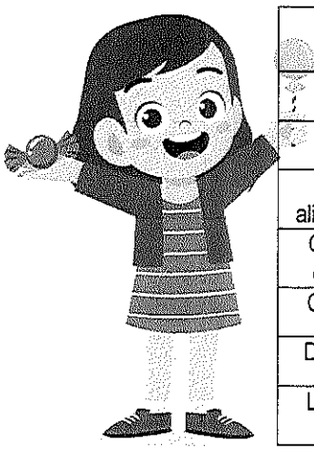
)A

a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [X]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas				X	
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		X			
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos		X			
Leche, té, café con azúcar				X	

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

( ) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
(X) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros	X	

12. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

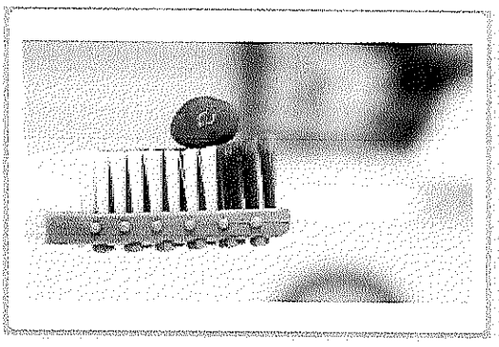
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

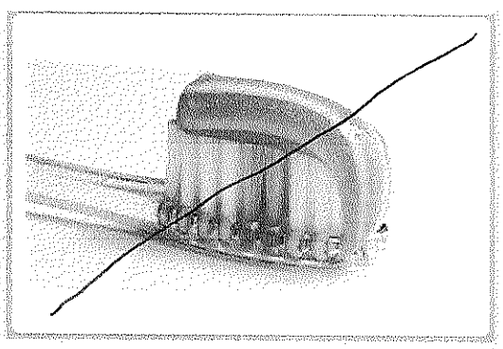
- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. **¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)**

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. **¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.**





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. **¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.**

- (X) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- ( ) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (X) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

Marinela Carpintero

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - X Femenino
  - b. Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - X Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - X Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - X Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

( ) c. Regular

( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

(X) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

(X) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

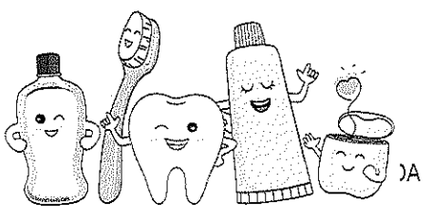
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

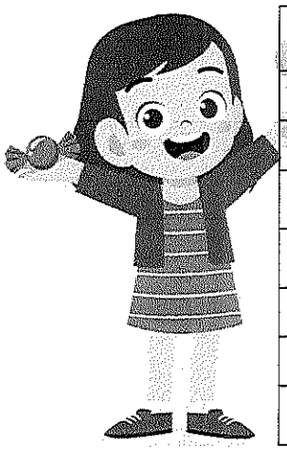


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras	X				
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta					
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar					

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

( ) a. Crema dental especial para niños
(X) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

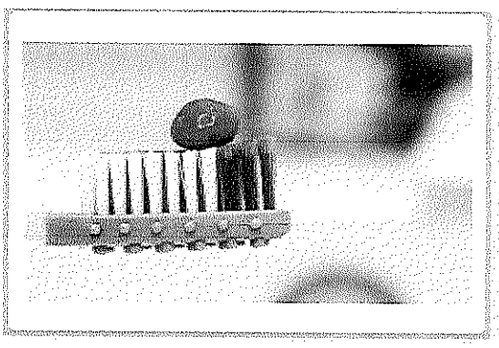
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

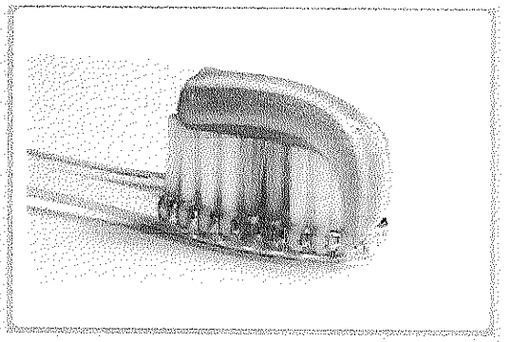
(X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

(X) a. Me cepillo siempre solo
( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

(X) a. En cualquier orden
( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
( ) c. Se cepillan solo los de atrás
( ) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- (X) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- (X) h. No se

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 8 Luis Santiago Bayona
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - (b.) Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Maia
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) b. Buena

( ) c. Regular

( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año?** (Marque una sola opción)

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

(X) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

(X) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

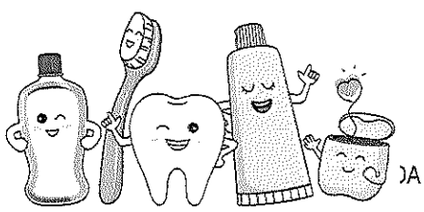
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

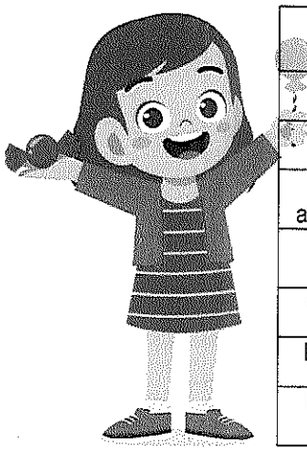


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [X]

8. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		X			
Chicles con azúcar		X			
Dulces y caramelos		X			
Leche, té, café con azúcar		X			

10. ¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)

- ( ) a. Crema dental especial para niños
- (X) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

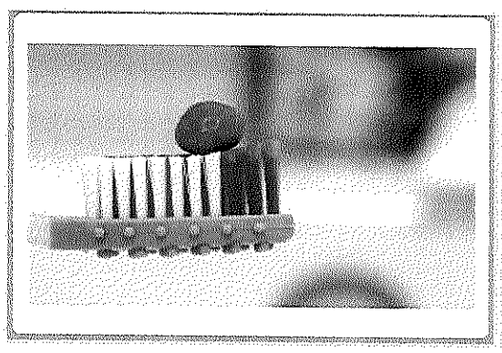
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

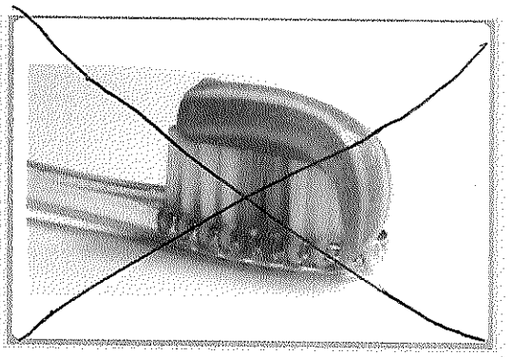
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- (X) a. Me cepillo siempre solo
- ( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
- ( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.



a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja



b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.

- ( ) a. En cualquier orden
- ( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante
- ( ) c. Se cepillan solo los de atrás
- (X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ◯ a. No estudió en un colegio
- ◯ b. Primaria incompleta
- ◯ c. Primaria completa
- ◯ d. Secundaria incompleta
- ◯ e. Secundaria completa
- ◯ f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ◯ g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ⊗ h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ◯ a. No estudió en un colegio
- ◯ b. Primaria incompleta
- ◯ c. Primaria completa
- ◯ d. Secundaria incompleta
- ◯ e. Secundaria completa
- ◯ f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ◯ g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ⊗ h. No se

Kemuel Santiago

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 9
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - (b.) Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b.) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b.) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) (b.) Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (X) (b.) Buena

( ) c. Regular

( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

( ) b. Dos veces

( ) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

(X) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

(X) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

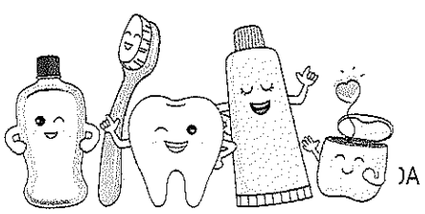
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) d. Una vez al día

(X) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**



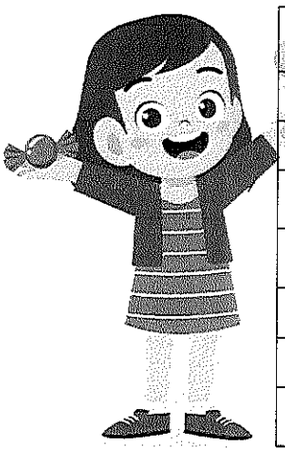
)A

a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
(X) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas		X			
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		X			
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos		X			
Leche, té, café con azúcar					

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)**

(X) a. Crema dental especial para niños

( ) b. Crema dental de la que usan los adultos

( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes

(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos

( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

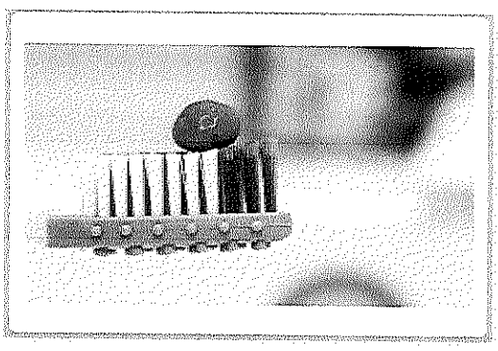
14. **¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)**

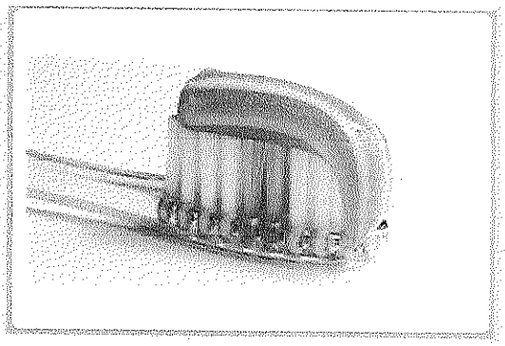
(X) a. Me cepillo siempre solo

( ) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres

( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. **¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.**





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

(b.) Mucha crema que llene todo el cepillo

16. **¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.**

( ) a. En cualquier orden

( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante

( ) c. Se cepillan solo los de atrás

(X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (X) (e.) Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (X) (e.) Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Alexander Flores Romero

Herramienta diagnostica

Haznos saber cuál es tu autopercepción del estado de tus dientes y encías, cuéntanosque mitos, prácticas y acciones ejerces a la hora de cuidarte los dientes.

En primer lugar, nos gustaría que respondas unas preguntas acerca de ti y de tus dientes.

- **Edad** 11
- **Sexo (Marque una sola opción)**
  - a. Femenino
  - (b) Masculino
- **En donde vives (Población)**
  - a. Urbana (Pueblo)
  - (b.) Rural (Campo)
- **Sede educativa (Marque una sola opción)**
  - a. Colegio Agropecuario Puente Sogamoso
  - (b) Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - e. Escuela Rural el Guayabo
- **Grado en curso (Marque una sola opción)**
  - a. Tercero
  - (b) Cuarto
  - c. Quinto
  - d. Noveno

A continuación te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes?(Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - (X) a. Excelente
   - ( ) b. Buena

(X) c. Regular

( ) d. Mala

3. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. A menudo siento dolor

( ) b. De vez en cuando y solo cuando consumo ciertos alimentos

(X) c. Nunca he sentido ningún dolor de dientes

( ) d. No sé si he sentido dolor de dientes

4. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? (Marque una sola opción)**

( ) a. Una vez

( ) b. Dos veces

(X) d. Tres veces

( ) e. No he ido al odontólogo en el último año

( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca

(X) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

( ) c. Para un control periódico

( ) d. No sé / no recuerdo para que fui

( ) e. Nunca he ido al odontólogo

6. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? (Marque una sola opción)**

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

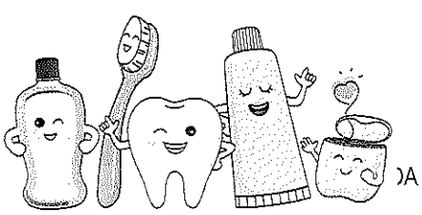
(X) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) d. Una vez al día

( ) e. Dos o más veces al día

7. **¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tusdientes y encías? marque todos los que usas**

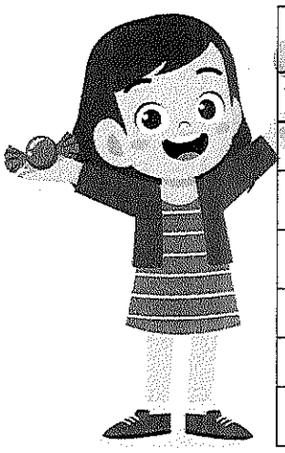


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? (Marque una sola opción)**

(X) a. Hasta cuando se me dañe y me lastime las encías
( ) b. Dos veces al año
( ) c. Una vez al año
( ) d. Cada 3 meses, o cuando las cerdas del cepillo estén abiertas y me lastimen

9. **¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas? Lee cada ítem y marque en el cuadro el que usted considere.**



	Varias veces al día	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al día	Nunca
Frutas frescas				X	
Verduras		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta			X		
Chicles con azúcar					
Dulces y caramelos					
Leche, té, café con azúcar					

10. **¿Sabes que es la caries dental? (Marque una sola opción)**

(X) a. Es una enfermedad que afecta los diente, y se produce por mala higiene bucaly por alimentos azucarados
( ) b. Una infección viral normal de la boca
( ) c. Una enfermedad que tienen todos los niños
( ) d. Son agujeros que ocurren de forma natural en los dientes

11. **Durante el último año y debido al estado de tus dientes y boca, ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?**



	Si	No
Evito sonreír porque no me gustan mis dientes		X
Me gusta cómo se ven mis dientes		
Otros niños se burlan de mis dientes		X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio	X	
Tengo dificultad para comer alimentos duros		X

12. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? (Marque una sola opción)**

(X) a. Crema dental especial para niños

( ) b. Crema dental de la que usan los adultos

( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

(X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes

( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos

( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

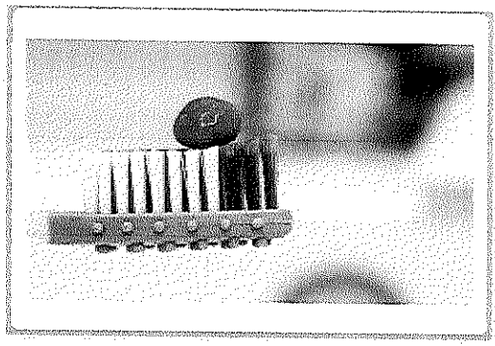
14. **¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)**

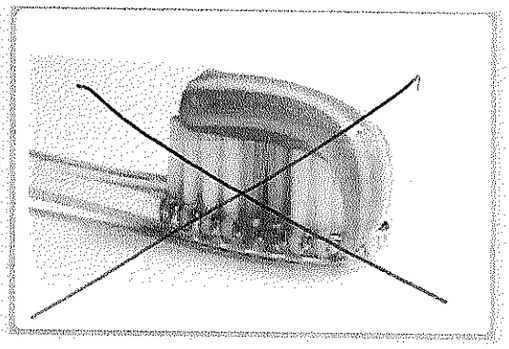
( ) a. Me cepillo siempre solo

(X) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres

( ) c. Mis padres son los que me cepillan

15. **¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? Marque una sola opción.**





a. Una porción pequeña deltamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

16. **¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? Marque una sola opción.**

( ) a. En cualquier orden

( ) b. Se cepillan solo los dientes de adelante

( ) c. Se cepillan solo los de atrás

(X) d. Los dientes de arriba, luego los de abajo y por último la lengua

17. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu papá o adulto varón que vivecontigo? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (X) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ningún varón adulto vive conmigo en casa
- ( ) h. No se

18. **¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado tu mamá? Marque una sola opción.**

- ( ) a. No estudió en un colegio
- ( ) b. Primaria incompleta
- ( ) c. Primaria completa
- ( ) d. Secundaria incompleta
- (X) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se