FICHA TECNICA	
1.Hora:	8:00 A.M
2.Fecha de realización:	16 SEPTIEMBRE 2024
3.Participantes:	PRIMERA INFANCIA E INFANCIA
5.Lugar:	MT- PUERTO CAYUMBA
6.Tema:	HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

7. Desarrollo de la actividad

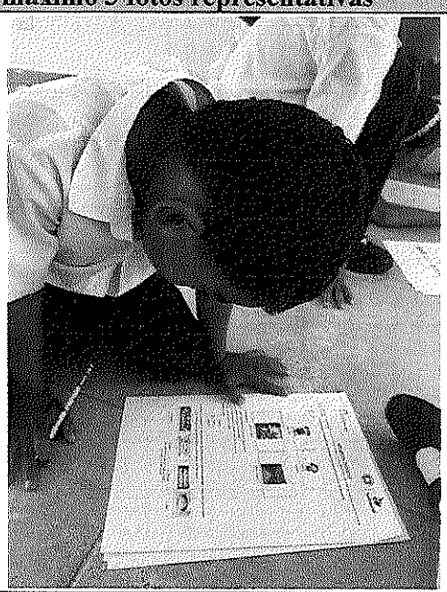
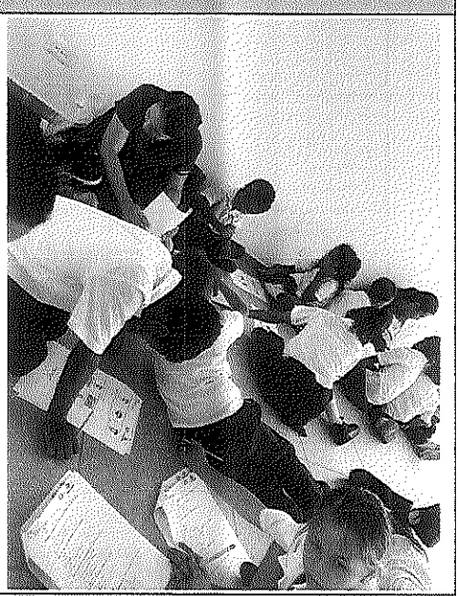
Se raliza aplicación de la herramienta diagnóstica a los estudiantes de primaria de la institución educativa San Pedro Claver KM 16- Sede F con la herramienta suministrada por el departamento, la cual arrojara los pre-saberes de los estudiantes.

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 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 ellos a diario.	1. Explicación de la herramienta diagnóstica. 2. Se implementa la actividad en la institución, se les da una hoja a 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

Kevin 11

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 6
- Sexo

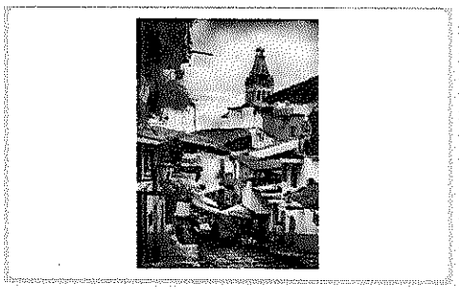


Masculino

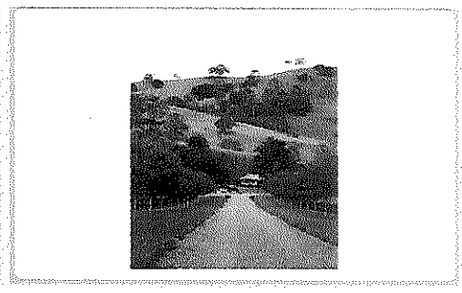


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

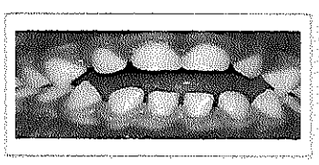
a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
b. Institución Educativa Colegio Badillo
c. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
d. Escuela Rural el Guayabo

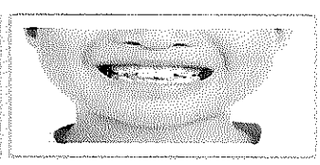
Grado en curso

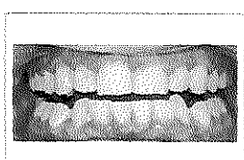
( ) Preescolar
(X) Primero
( ) Segundo

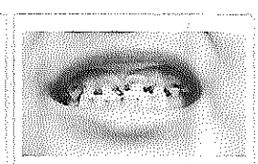
A continuación, te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**









a. Excelente b. Buena c. Regular d. Mala

2. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.**





a. A menudo siento dolor b. De vez en cuando c. Nunca he sentido ningún dolor

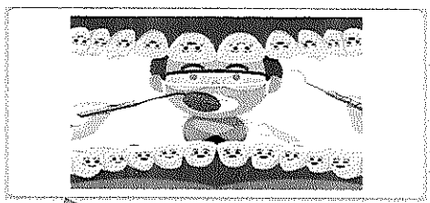
3. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.**

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

4. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción**




a. Dolor y molestias en misdientes. b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

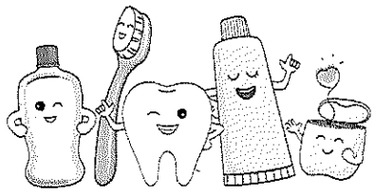



c. Para un control periódico d. Nunca he ido al odontólogo

5. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.**

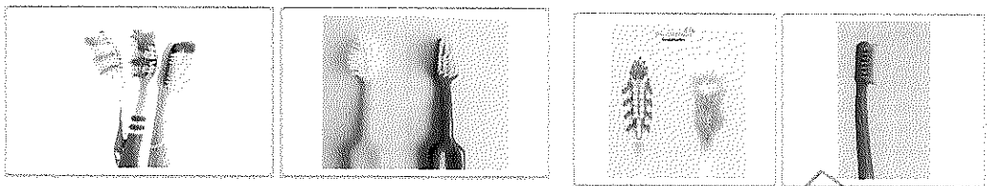
- ( ) a. Nunca me cepillo los dientes
- ( ) b. 2 o 3 veces al mes
- ( ) c. 1 vez a la semana
- (X) d. 1 vez al día
- ( ) e. 2 o más veces al día.

6. ¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tus dientes y encías? marque todos los que usas.



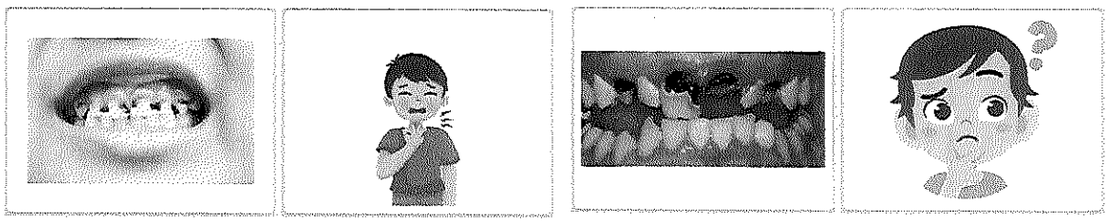
a. Cepillo de dientes X
b. Hilo dental
c. Palitos de dientes (madera)
d. Enjuaguebucal

7. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? Marque una sola opción



a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

8. ¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.

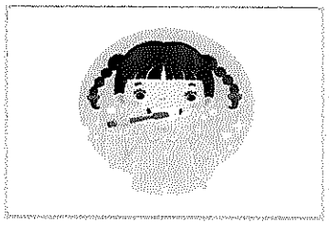


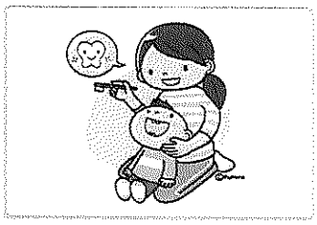
a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.
b. Una enfermedad que tienentodos los niños
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes
d. No se/ No responde

9. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.

a. Crema dental especial para niños
b. Crema dental de la que usan los adultos

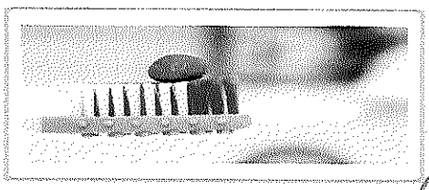
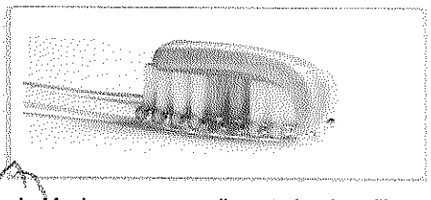
10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.





a. Me cepillo siempre solo b. Me cepillo con la supervisión c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción

a. Del tamaño de un grano de arveja b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- ( ) a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- ( ) b. De forma circular por todos los dientes.
- (X) c. De izquierda a derecha (horizontal)
- ( ) d. No sabe / No responde

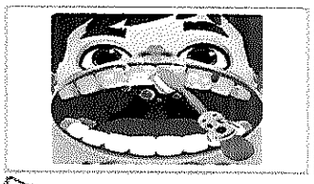
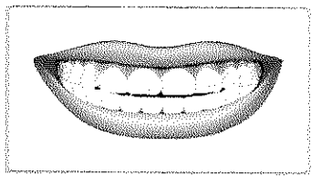
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- (X) a. Si
- ( ) b. No
- ( ) c. A veces
- ( ) d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- (X) a. 1 vez al día
- ( ) b. 2 o más veces al día
- ( ) c. Nunca consumo azúcar

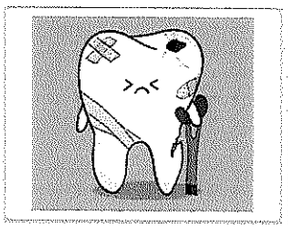
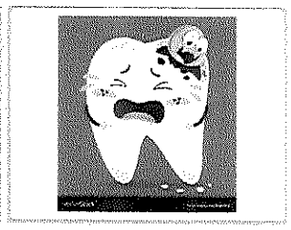
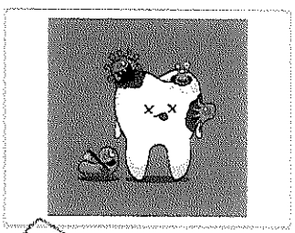
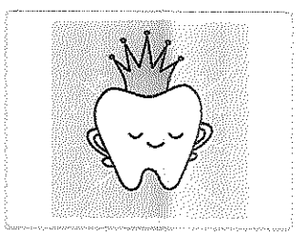
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.



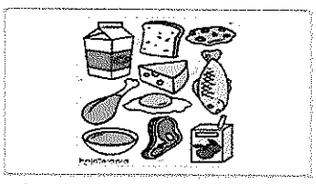
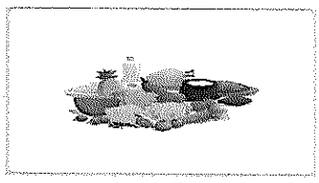
a. Para eliminar restos de comida b. Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

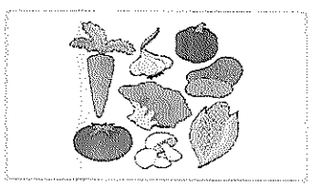
16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.

a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes d. No causa nada

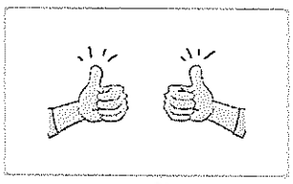
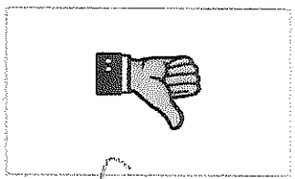
17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.



a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si b. No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

- a. Si
- b. No
- c. Muy poco me gusta

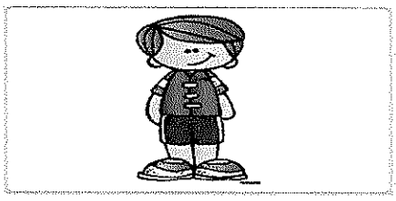
IAN Rodriguez

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 5
- Sexo



Masculino

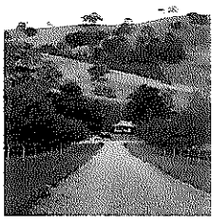


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

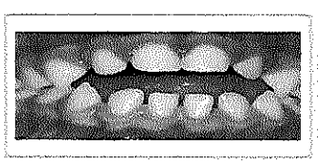
a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
b. Institución Educativa Colegio Badillo
c. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
d. Escuela Rural el Guayabo

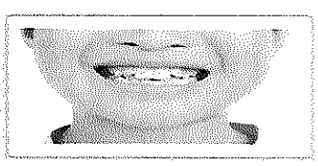
Grado en curso

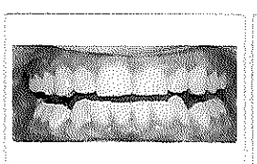
Preescolar
Primero
Segundo

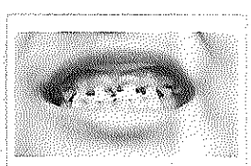
A continuación, te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**



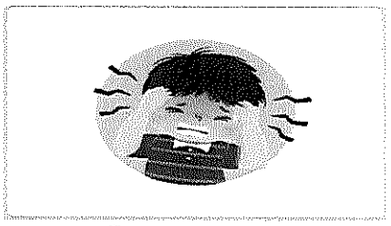
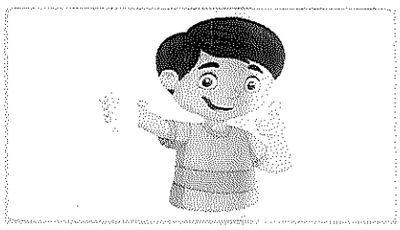






a. Excelente b. Buena c. Regular d. Mala

2. ¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.

a. A menudo siento dolor
b. De vez en cuando
c. Nunca he sentido ningún dolor

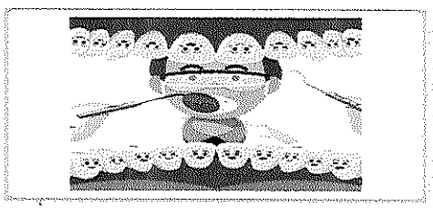
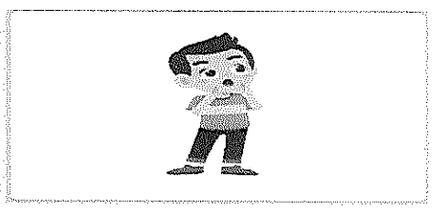
3. ¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.

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

4. ¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción




a. Dolor y molestias en misdientes.
b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

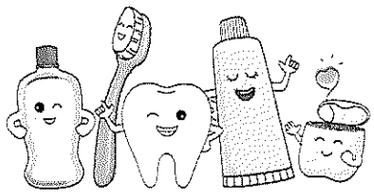



c. Para un control periódico
d. Nunca he ido al odontólogo

5. ¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.

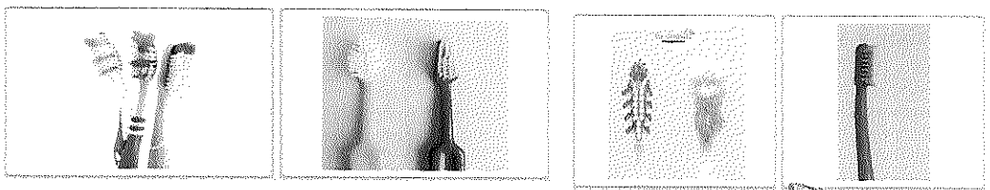
- a. Nunca me cepillo los dientes
- b. 2 o 3 veces al mes
- c. 1 vez a la semana
- d. 1 vez al día
- e. 2 o más veces al día.

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



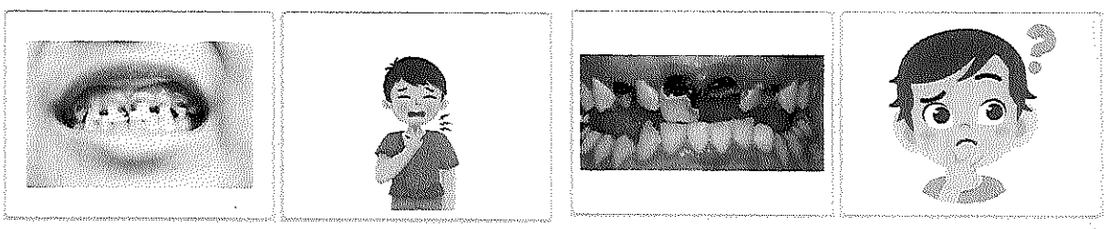
a. Cepillo de dientes
b. Hilo dental
c. Palitos de dientes (madera)
d. Enjuaguebucal

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



a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

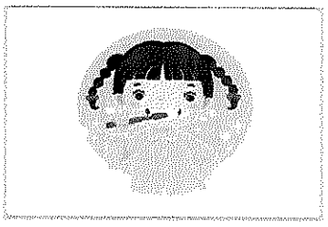
8. **¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.**

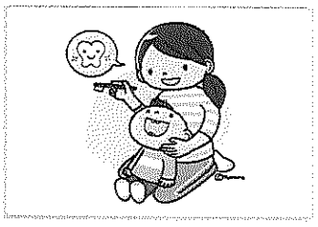


a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.
b. Una enfermedad que tienen todos los niños
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes
d. No se/ No responde

9. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.**
   a. Crema dental especial para niños
   b. Crema dental de la que usan los adultos

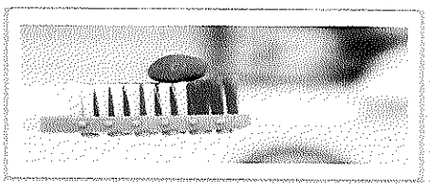
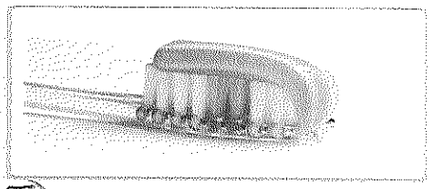
10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.





a. Me cepillo siempre solo b. Me cepillo con la supervisión c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción

a. Del tamaño de un grano de arveja b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- b. De forma circular por todos los dientes.
- c. De izquierda a derecha (horizontal)
- d. No sabe / No responde

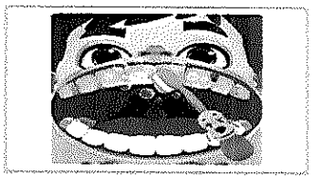
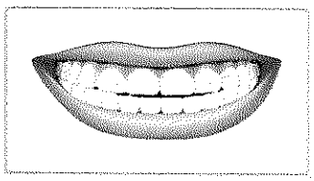
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- a. Si
- b. No
- c. A veces
- d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- a. 1 vez al día
- b. 2 o más veces al día
- c. Nunca consumo azúcar

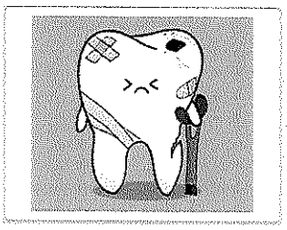
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.

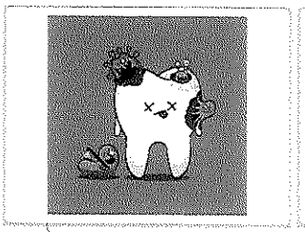
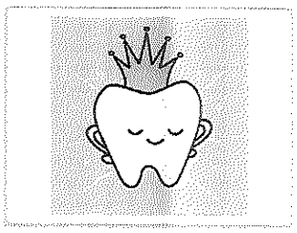





a. Para eliminar restos de comida b. Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

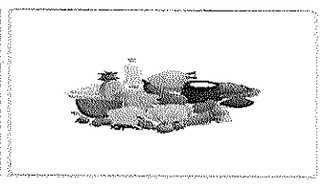
16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.

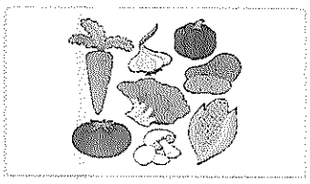


a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes d. No causa nada

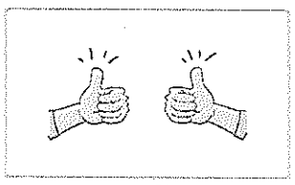
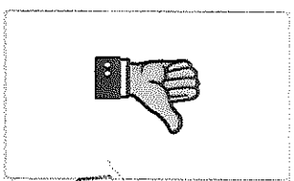
17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.



a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si b. No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

- [x] a. Si
- [ ] b. No
- [ ] c. Muy poco me gusta

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

Dayana Morales

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** 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

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

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

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**

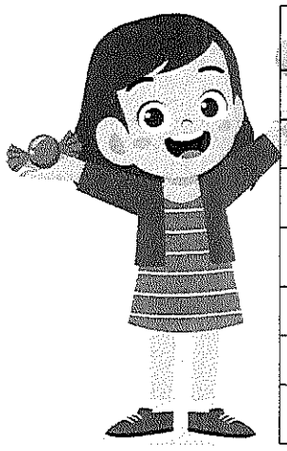


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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		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

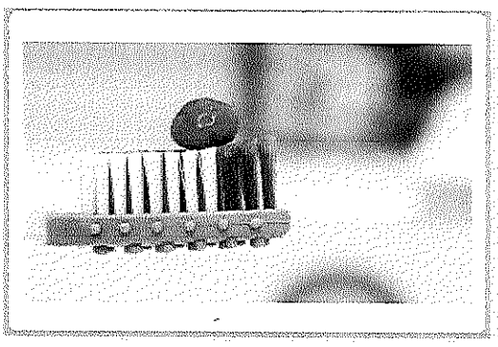
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

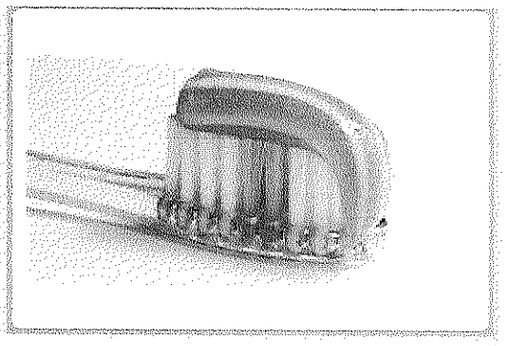
(X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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 pequeñã 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

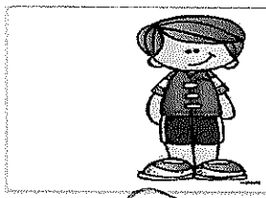
Delver Geres

HERRAMIENTA DIAGNOSTICA

Hazños 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 5
- Sexo



Masculino

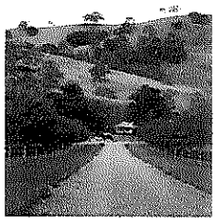


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

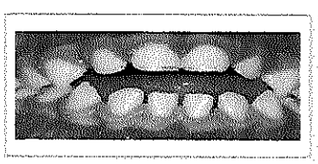
a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
b. Institución Educativa Colegio Badillo
c. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
d. Escuela Rural el Guayabo

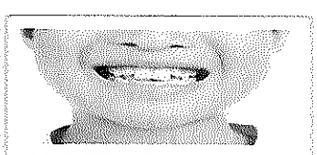
Grado en curso

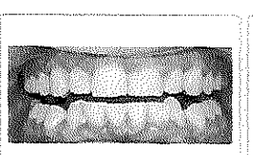
Preescolar
Primero
Segundo

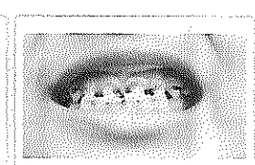
A continuación, te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**









a. Excelente b. Buena c. Regular d. Mala

2. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.**





a. A menudo siento dolor b. De vez en cuando c. Nunca he sentido ningún dolor

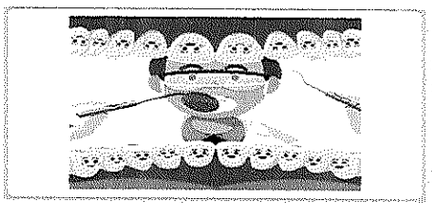
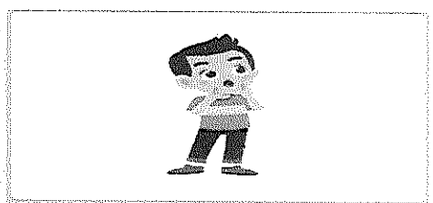
3. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.**

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

4. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción**




a. Dolor y molestias en misdientes. b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

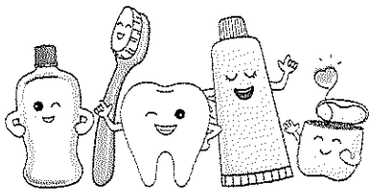



c. Para un control periódico d. Nunca he ido al odontólogo

5. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.**

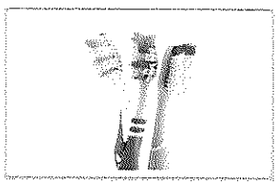
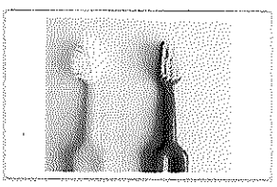
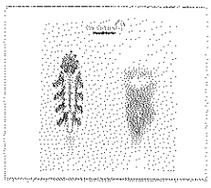
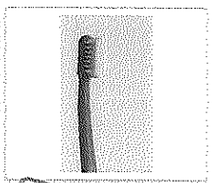
- a. Nunca me cepillo los dientes
- b. 2 o 3 veces al mes
- c. 1 vez a la semana
- d. 1 vez al día
- e. 2 o más veces al día.

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



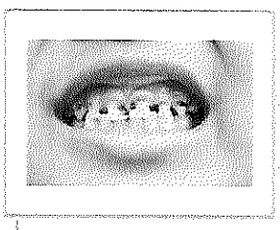
a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

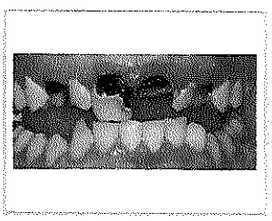
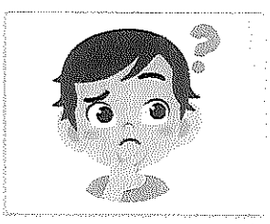
7. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? Marque una sola opción**

a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

8. **¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.**



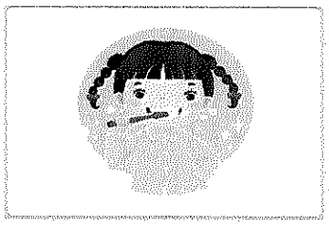



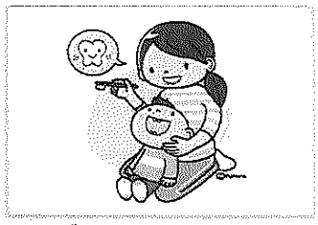
a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.
b. Una enfermedad que tienentodos los niños
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes
d. No se/ No responde

9. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.**

[X] a. Crema dental especial para niños
[ ] b. Crema dental de la que usan los adultos

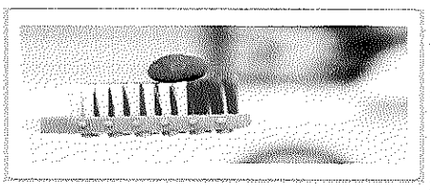
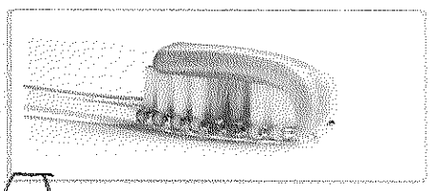
10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.





a. Me cepillo siempre solo b. Me cepillo con la supervisión c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción

a. Del tamaño de un grano de arveja b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- ( ) a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- ( ) b. De forma circular por todos los dientes.
- ( ) c. De izquierda a derecha (horizontal)
- (X) d. No sabe / No responde

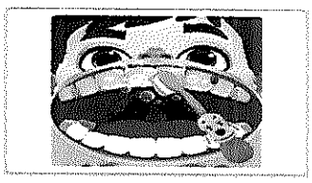
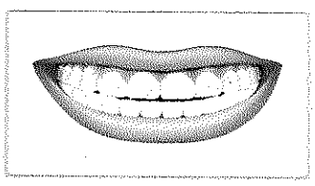
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- ( ) a. Si
- ( ) b. No
- ( ) c. A veces
- (X) d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- (X) a. 1 vez al día
- ( ) b. 2 o más veces al día
- ( ) c. Nunca consumo azúcar

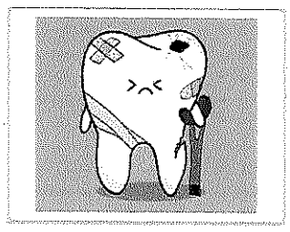
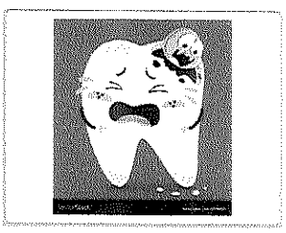
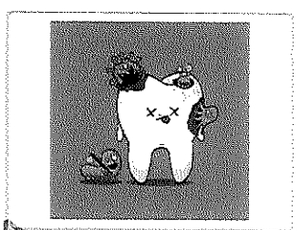
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.



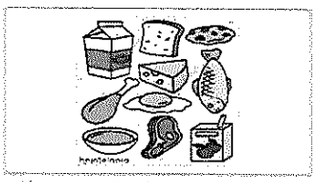
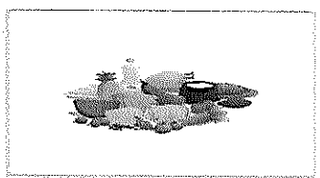
a. Para eliminar restos de comida b. Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

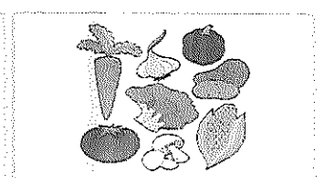
16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.


a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes d. No causa nada

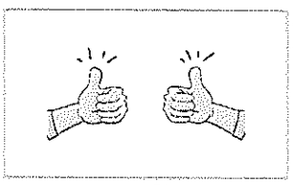
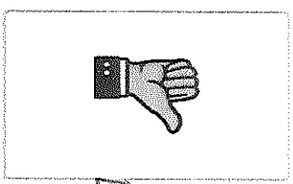
17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.



a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si b. No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

a. Si
b. No
c. Muy poco me gusta

Karen V.

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

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 encias? (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

(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

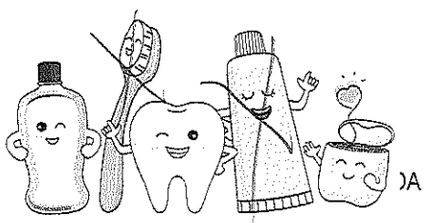
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(X) d. Una vez al día

( ) 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**

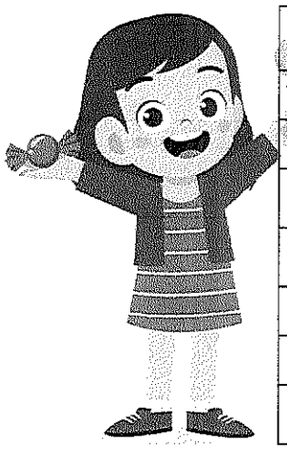


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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)

( ) 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		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

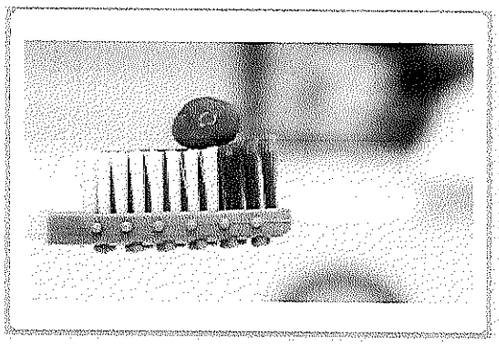
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

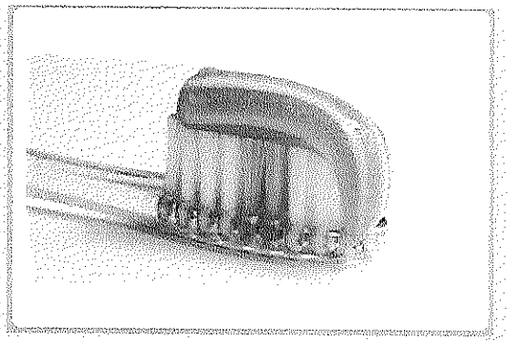
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- ( ) 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

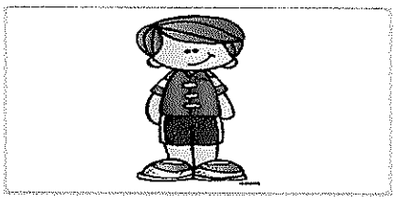
Thaliana Mejia

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 5
- Sexo



Masculino



(Femenino)

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B

b. Institución Educativa Colegio Badillo

(c.) Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba

d. Escuela Rural el Guayabo

Grado en curso

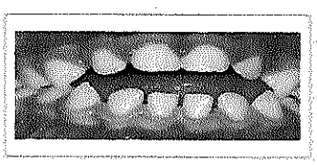
( ) Preescolar

(X) Primero

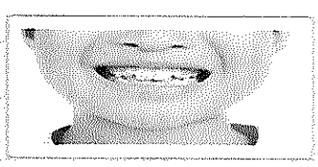
( ) Segundo

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

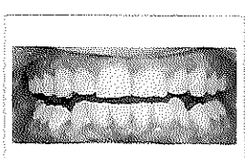
1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**



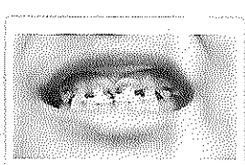
a. Excelente



(b. Buena)

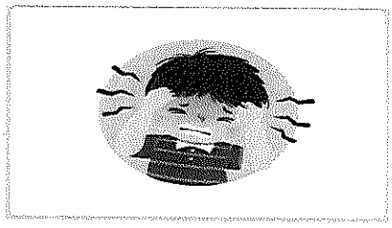


c. Regular



d. Mala

2. ¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.


a. A menudo siento dolor

b. De vez en cuando

c. Nunca he sentido ningún dolor

3. ¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.

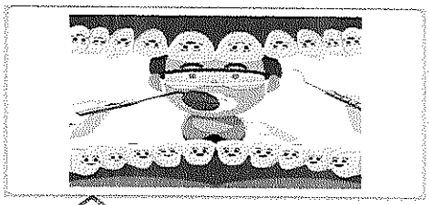
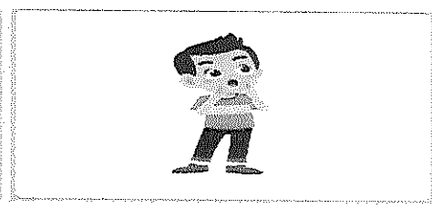
- ( ) a. Una vez
- (X) b. Dos veces
- ( ) c. Tres veces
- ( ) d. No he ido al odontólogo en el último año
- ( ) e. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

4. ¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción




a. Dolor y molestias en misdientes.

b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

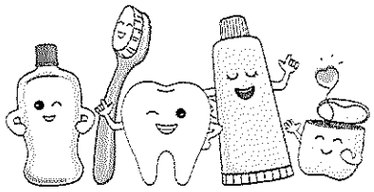
c. Para un control periódico

d. Nunca he ido al odontólogo

5. ¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.

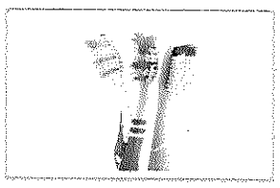
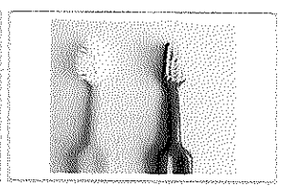
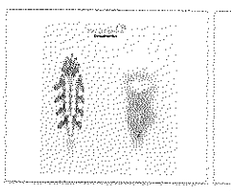
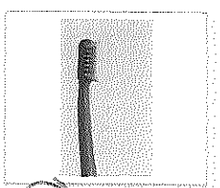
- ( ) a. Nunca me cepillo los dientes
- ( ) b. 2 o 3 veces al mes
- ( ) c. 1 vez a la semana
- ( ) d. 1 vez al día
- (X) e. 2 o más veces al día.

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



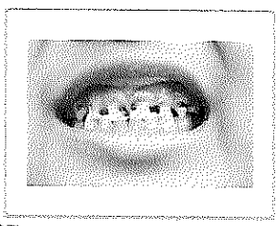
a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

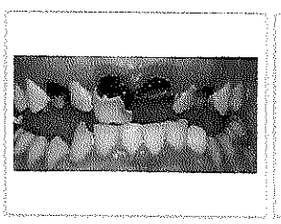
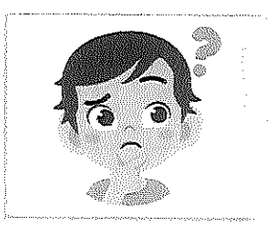
7. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? Marque una sola opción**

a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

8. **¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.**



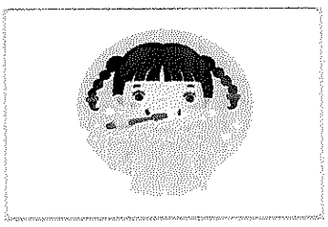



a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.
b. Una enfermedad que tienentodos los niños
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes
d. No se/ No responde

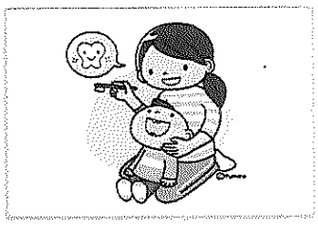
9. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.**

[X] a. Crema dental especial para niños
[ ] b. Crema dental de la que usan los adultos

10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.





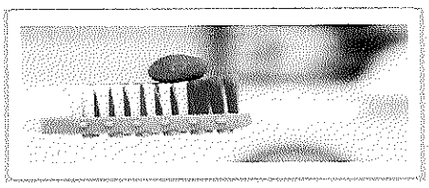


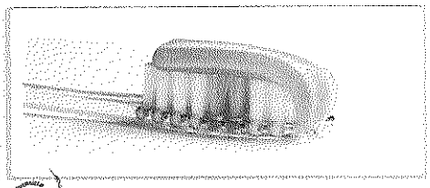
a. Me cepillo siempre solo

b. Me cepillo con la supervisión

c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción





a. Del tamaño de un grano de arveja

b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- b. De forma circular por todos los dientes.
- c. De izquierda a derecha (horizontal)
- d. No sabe / No responde

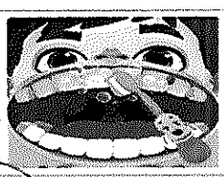
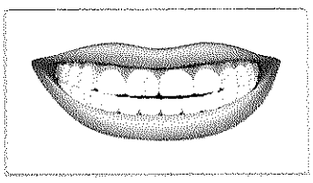
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- a. Si
- b. No
- c. A veces
- d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- a. 1 vez al día
- b. 2 o más veces al día
- c. Nunca consumo azúcar

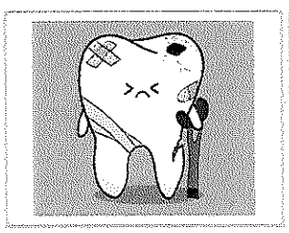
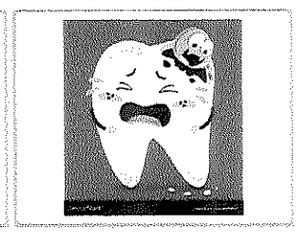
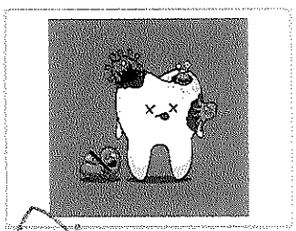
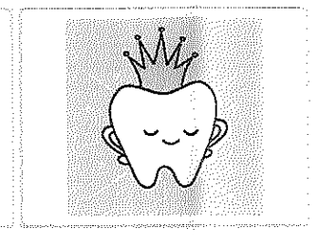
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.



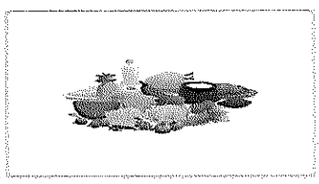
a. Para eliminar restos de comida b. Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

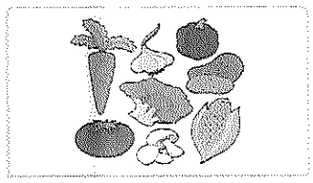
16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.

a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes d. No causa nada

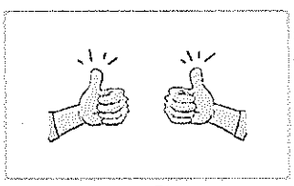
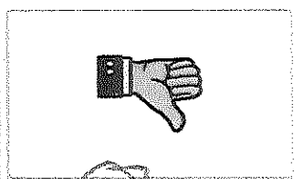
17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.



a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si b. No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

a. Si

b. No

c. Muy poco me gusta

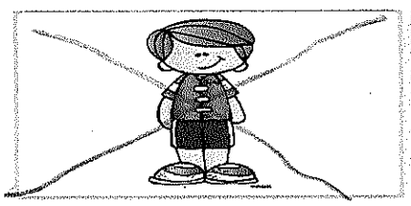
Juan Sebastian Bello

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

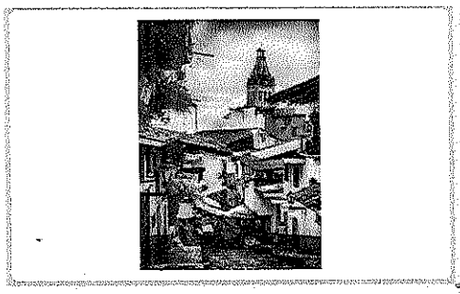


Masculino

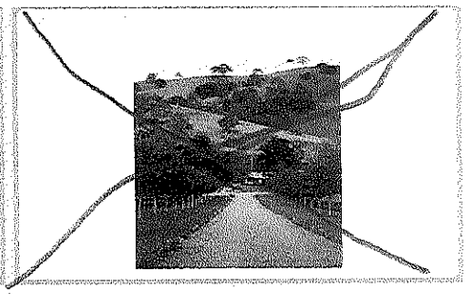


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B

b. Institución Educativa Colegio Badillo

(c.) Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba

d. Escuela Rural el Guayabo

Grado en curso

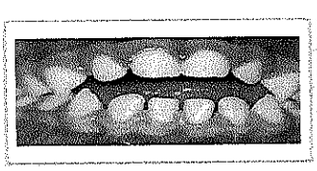
( ) Preescolar

( ) Primero

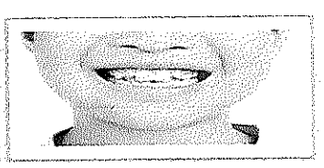
(X) Segundo

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

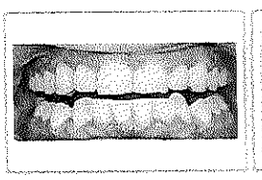
1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**



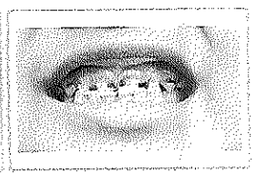
a. Excelente



(b. Buena)



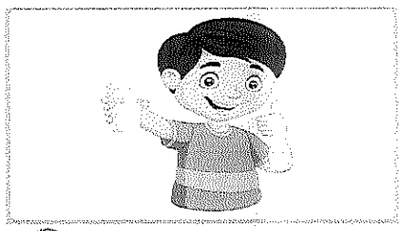
c. Regular



d. Mala

2. ¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.





a. A menudo siento dolor
b. De vez en cuando
(c.) Nunca he sentido ningún dolor

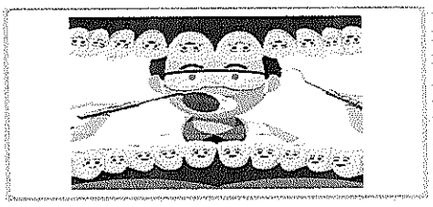
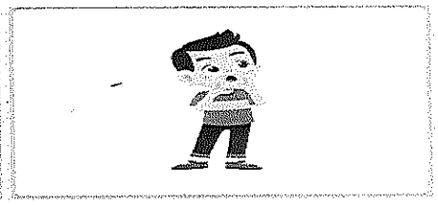
3. ¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.

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

4. ¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción




a. Dolor y molestias en misdientes.
b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

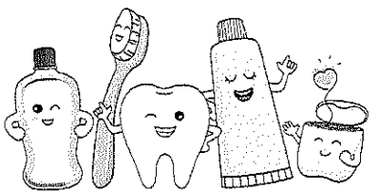



(c.) Para un control periódico
d. Nunca he ido al odontólogo

5. ¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.

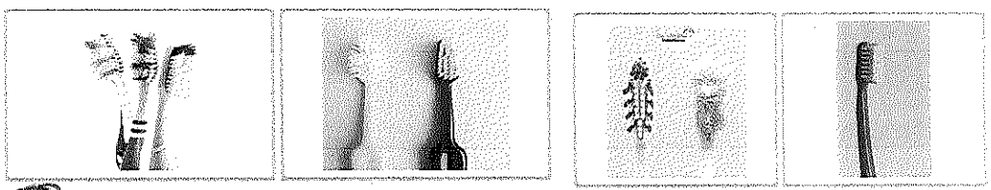
( ) a. Nunca me cepillo los dientes
(X) b. 2 o 3 veces al mes
( ) c. 1 vez a la semana
( ) d. 1 vez al día
(X) e. 2 o más veces al día.

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



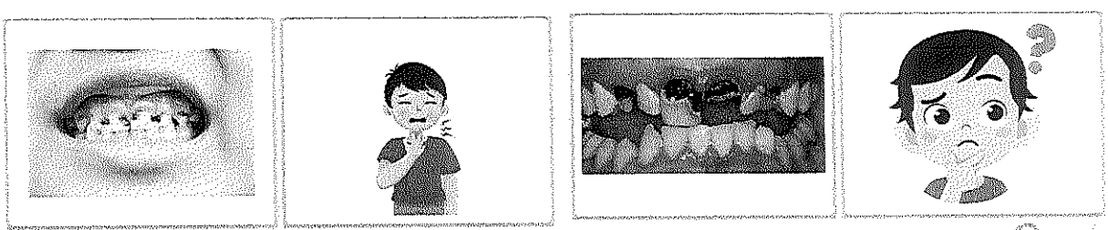
a. Cepillo de dientes
b. Hilo dental
c. Palitos de dientes (madera)
d. Enjuaguebucal

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



a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

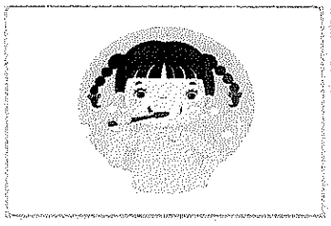
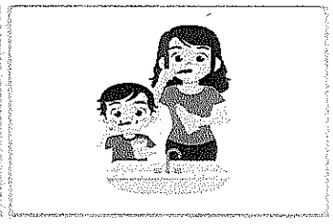
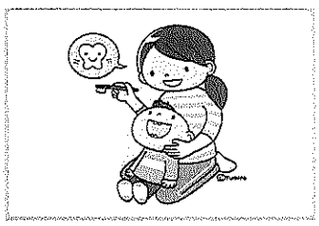
8. **¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.**



a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.
b. Una enfermedad que tienentodos los niños
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes
d. No se/ No responde

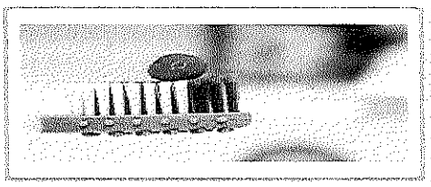
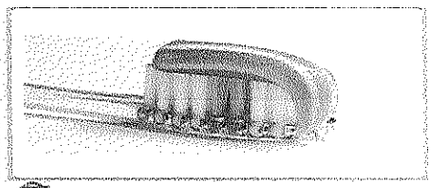
9. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.**
a. Crema dental especial para niños
b. Crema dental de la que usan los adultos

10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.

a) Me cepillo siempre solo b. Me cepillo con la supervisión c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción

a. Del tamaño de un grano de arveja b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- ( ) a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- (X) b. De forma circular por todos los dientes.
- ( ) c. De izquierda a derecha (horizontal)
- ( ) d. No sabe / No responde

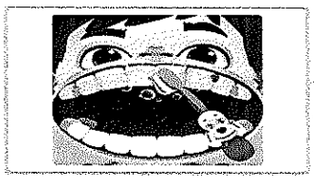
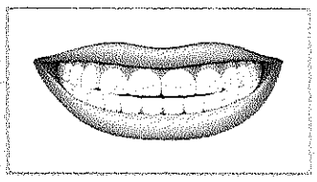
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- ( ) a. Si
- (b) b. No
- ( ) c. A veces
- ( ) d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- (a) a. 1 vez al día
- ( ) b. 2 o más veces al día
- ( ) c. Nunca consumo azúcar

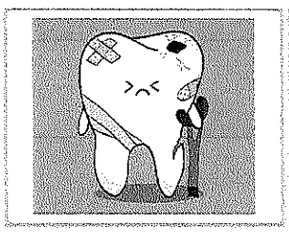
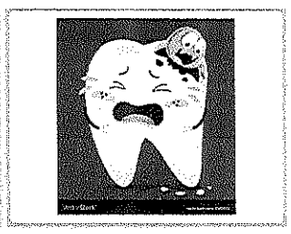
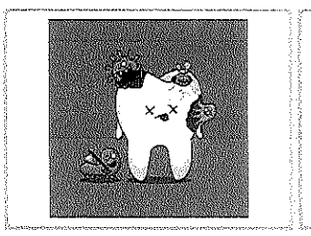
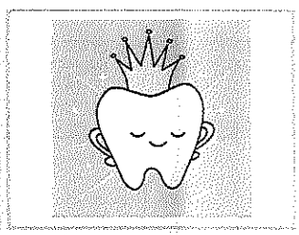
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.



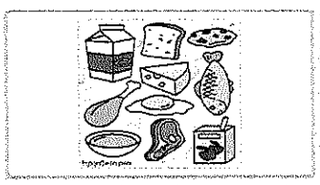
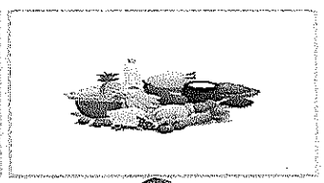
a. Para eliminar restos de comida (b) Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

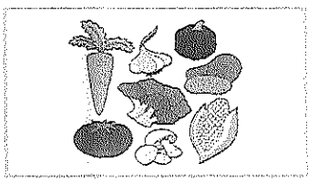
16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.

a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes (d.) No causa nada

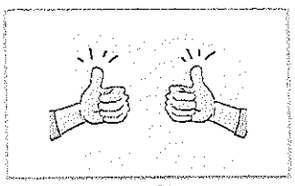
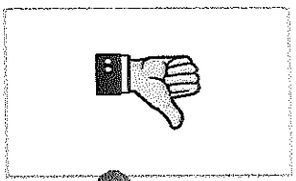
17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.



a. Carne, pollo, leche, pescado (b.) Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si (b.) No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

(a.) a. Si

( ) b. No

( ) c. Muy poco me gusta

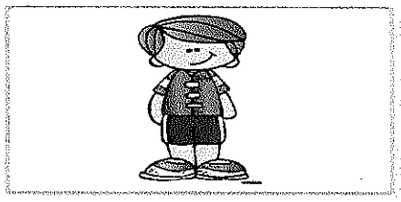
Sory 2014.

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 5
- Sexo F

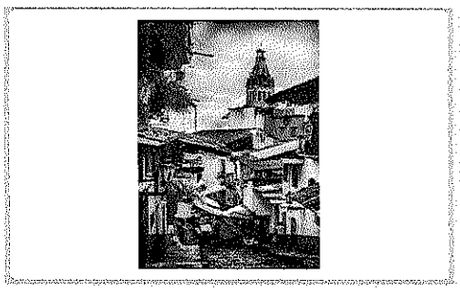


Masculino

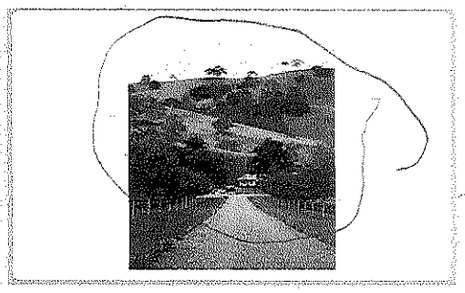


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B

b. Institución Educativa Colegio Badillo

c. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba

d. Escuela Rural el Guayabo

Grado en curso

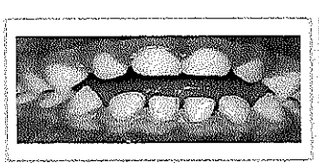
Preescolar

Primero

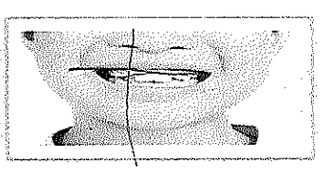
Segundo

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

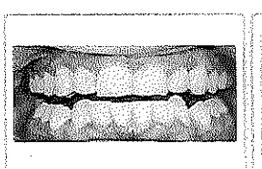
1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**



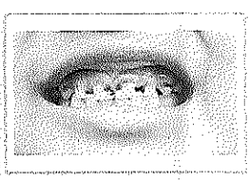
a. Excelente



b. Buena

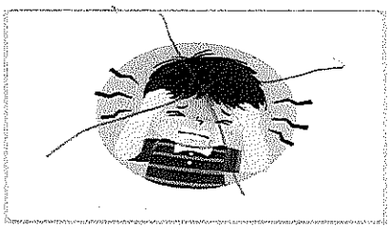
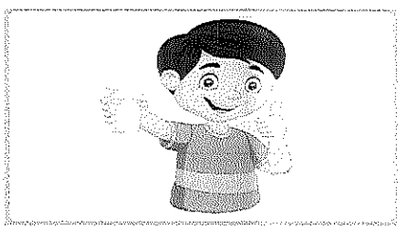


c. Regular



d. Mala

2. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.**

a. A menudo siento dolor
b. De vez en cuando
c. Nunca he sentido ningún dolor

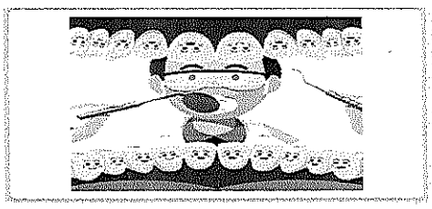
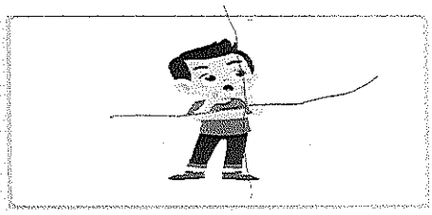
3. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.**

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

4. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción**




a. Dolor y molestias en misdientes.
b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

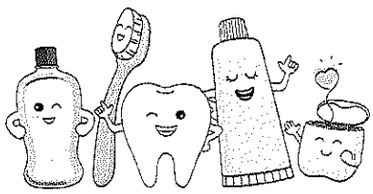



c. Para un control periódico
d. Nunca he ido al odontólogo

5. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.**

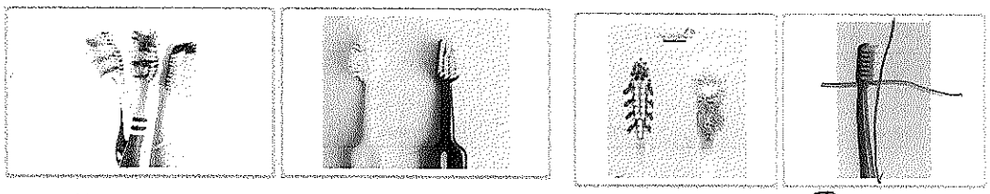
- a. Nunca me cepillo los dientes
- b. 2 o 3 veces al mes
- c. 1 vez a la semana
- d. 1 vez al día
- e. 2 o más veces al día.

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



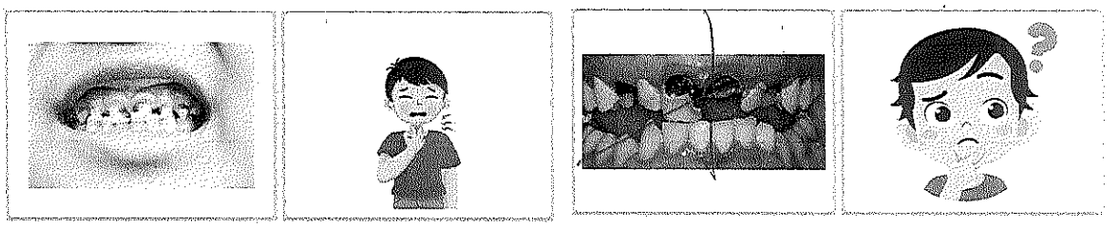
a. Cepillo de dientes
b. Hilo dental
c. Palitos de dientes (madera)
d. Enjuaguebucal

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



a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

8. **¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.**



a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.

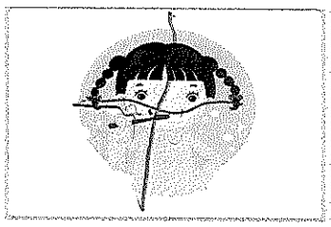
b. Una enfermedad que tienentodos los niños

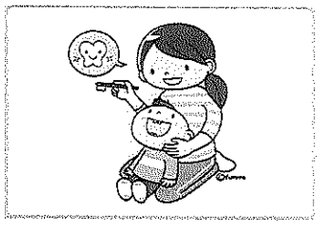
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes

d. No se/ No responde

9. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.**
a. Crema dental especial para niños
b. Crema dental de la que usan los adultos

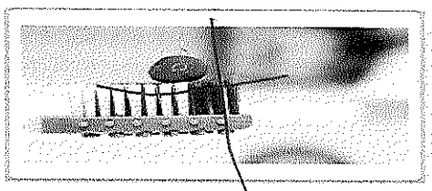
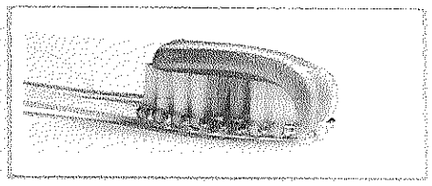
10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.





(a) Me cepillo siempre solo b. Me cepillo con la supervisión c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción

(a) Del tamaño de un grano de arveja b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- ◯ a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- ◯ b. De forma circular por todos los dientes.
- ◉ c. De izquierda a derecha (horizontal)
- ◯ d. No sabe / No responde

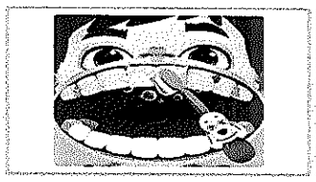
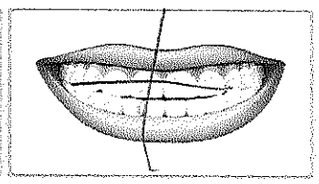
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- ◉ a. Si
- ◯ b. No
- ◯ c. A veces
- ◯ d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- ◯ a. 1 vez al día
- ◉ b. 2 o más veces al día
- ◯ c. Nunca consumo azúcar

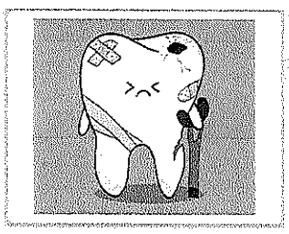
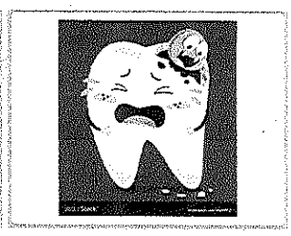
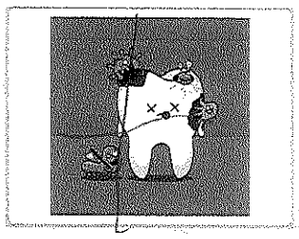
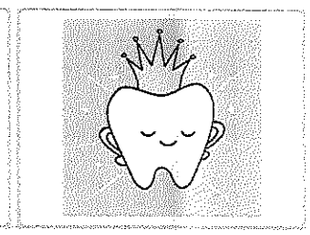
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.



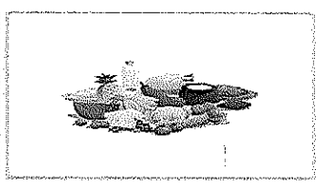
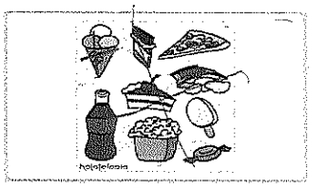
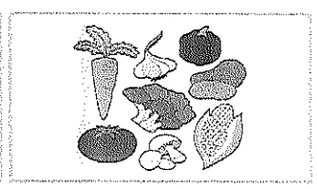
a. Para eliminar restos de comida (b) Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.

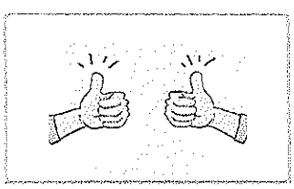
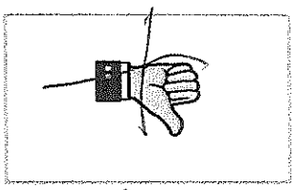
a. Caries b. Mucho dolor (c) Destruye los dientes d. No causa nada

17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.

a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si (b) No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

(a) a. Si
( ) b. No
( ) c. Muy poco me gusta

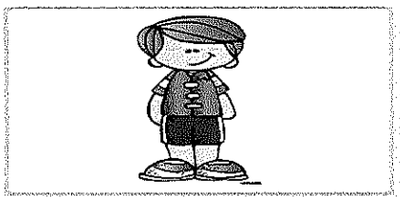
Samantha Mayorga

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 5
- Sexo F

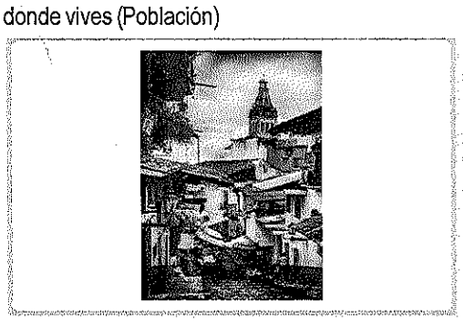


Masculino

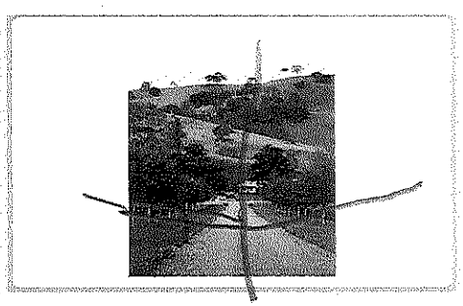


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

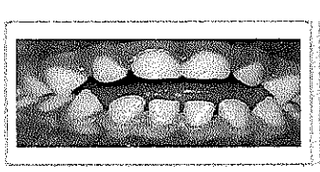
a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
b. Institución Educativa Colegio Badillo
c. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
d. Escuela Rural el Guayabo

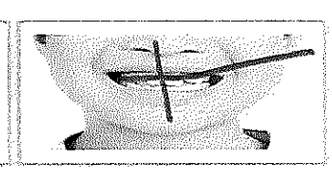
Grado en curso

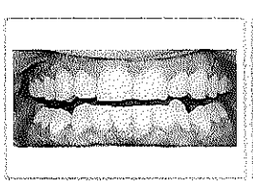
Preescolar
Primero
Segundo

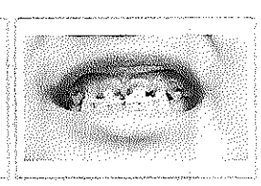
A continuación, te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**



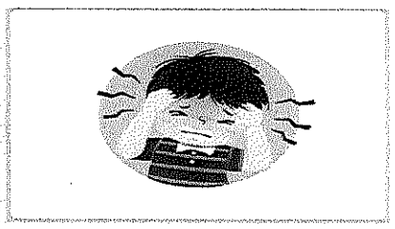
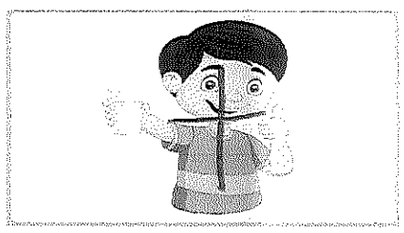






a. Excelente
b. Buena
c. Regular
d. Mala

2. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.**

a. A menudo siento dolor b. De vez en cuando c. Nunca he sentido ningún dolor

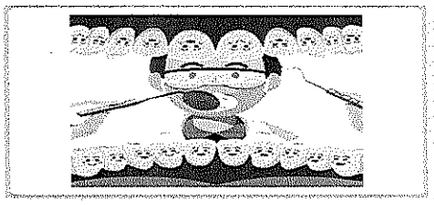
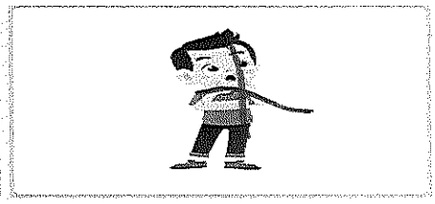
3. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.**

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

4. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción**




a. Dolor y molestias en misdientes. b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

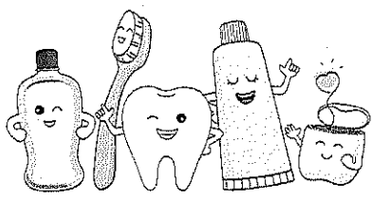



c. Para un control periódico d. Nunca he ido al odontólogo

5. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.**

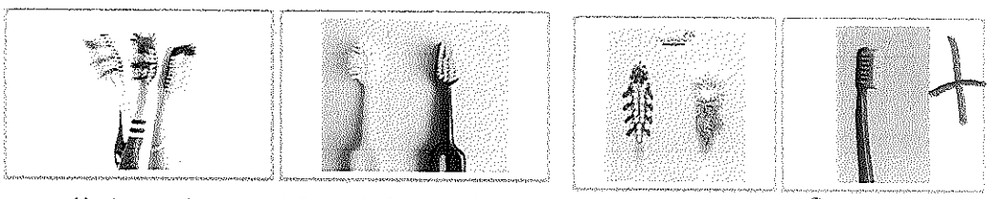
- a. Nunca me cepillo los dientes
- b. 2 o 3 veces al mes
- c. 1 vez a la semana
- d. 1 vez al día
- e. 2 o más veces al día.

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



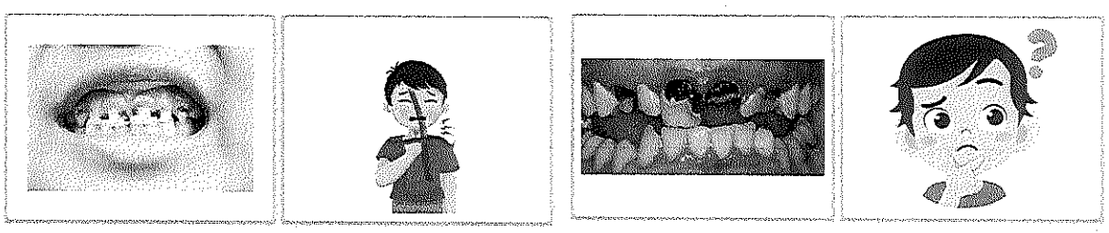
a. Cepillo de dientes
b. Hilo dental
c. Palitos de dientes (madera)
d. Enjuaguebucal

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



a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

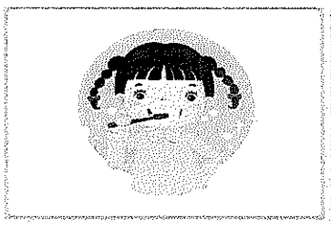
8. **¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.**

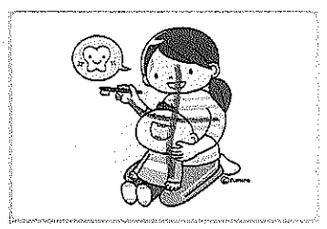


a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.
b. Una enfermedad que tienentodos los niños
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes
d. No se/ No responde

9. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.**
a. Crema dental especial para niños
b. Crema dental de la que usan los adultos

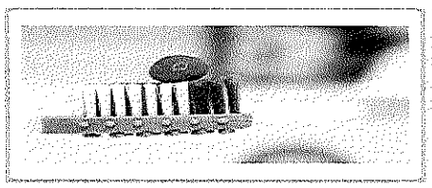
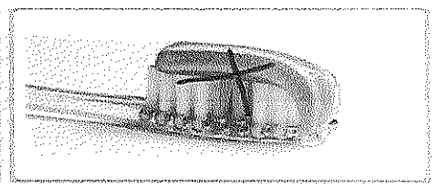
10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.





a. Me cepillo siempre solo b. Me cepillo con la supervisión c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción

a. Del tamaño de un grano de arveja b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- b. De forma circular por todos los dientes.
- c. De izquierda a derecha (horizontal)
- d. No sabe / No responde

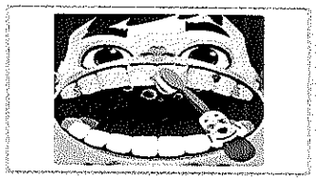
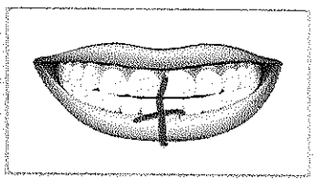
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- a. Si
- b. No
- c. A veces
- d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- a. 1 vez al día
- b. 2 o más veces al día
- c. Nunca consumo azúcar

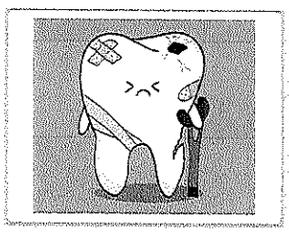
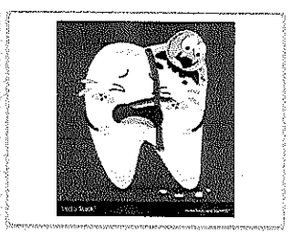
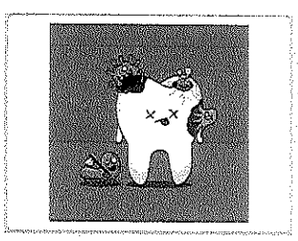
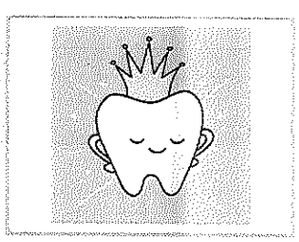
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.



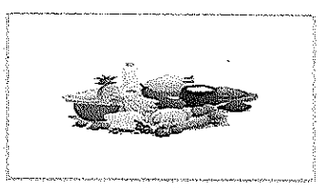
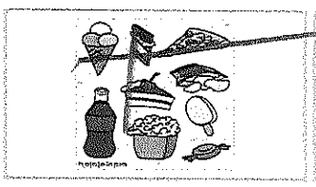
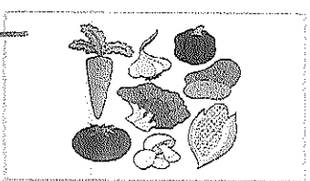
a. Para eliminar restos de comida b. Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.

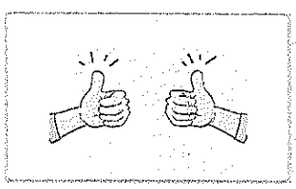
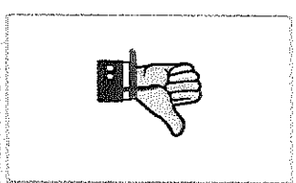
a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes d. No causa nada

17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.

a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si b. No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

a. Si
b. No
c. Muy poco me gusta

Dulce María Ruiz

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

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)**
   - (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

(c) 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) 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) 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

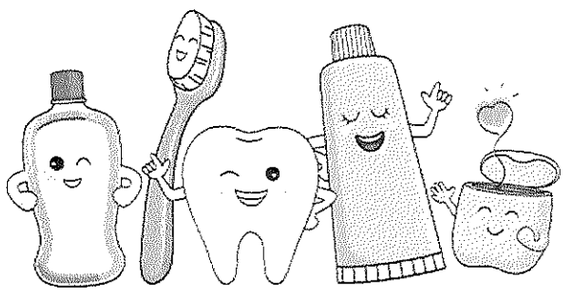
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) d. Una vez al día

(e) 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	X	X	✓	✓	X
Verduras	✓	✓	X	X	X
Galletas, chitos, alimentos de paquete	✓	X	✓	✓	X
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta	X	X	✓	✓	X
Chicles con azúcar	X	X	✓	✓	X
Dulces y caramelos	X	X	✓	✓	X
Leche, té, café con azúcar	✓	✓	X	X	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
( ) 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		NO

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

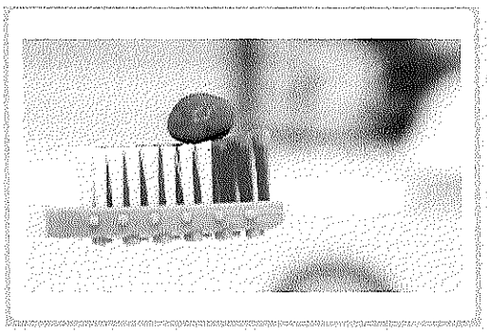
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

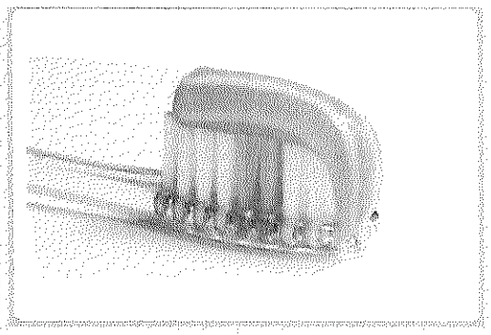
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
(√) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

María Del Carmen Hoyos

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

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

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) 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**

( )



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			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

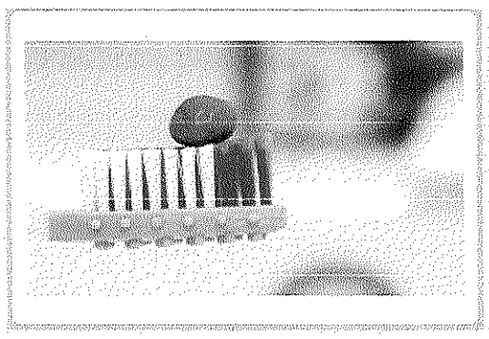
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

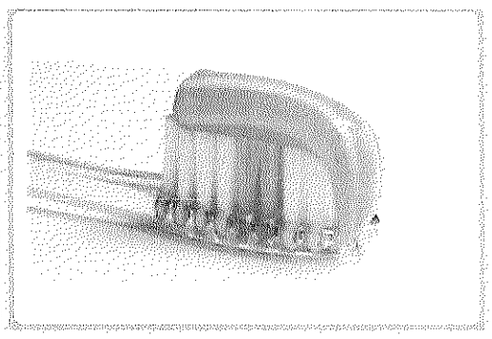
(V) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

valery camilo

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

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
- (c) 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) d. Tres veces
- ( ) e. No he ido al odontólogo en el último año
- ( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

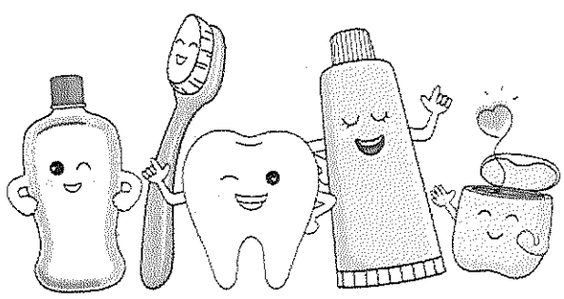
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- ( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- (c) 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) 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	X	X	✓	✓	X
Verduras	✓	✓	X	X	X
Galletas, chitos, alimentos de paquete	✓	X	✓	✓	X
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta	X	X	✓	✓	X
Chicles con azúcar	X	X	✓	✓	X
Dulces y caramelos	X	X	✓	✓	X
Leche, té, café con azúcar	✓	✓	X	X	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
( ) 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) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

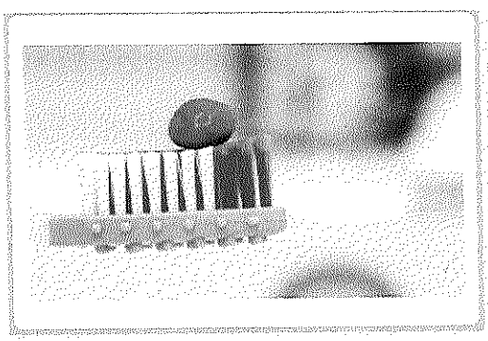
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

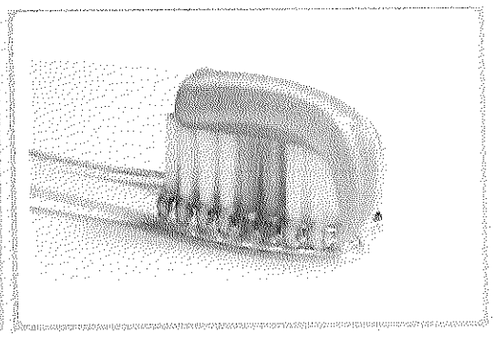
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
(c) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

(a) 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) 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

Einer 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

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)**
   - (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
- ( ) 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

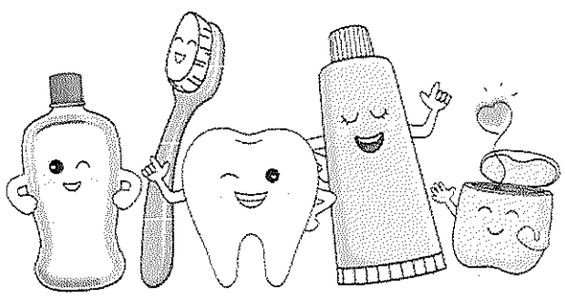
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

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

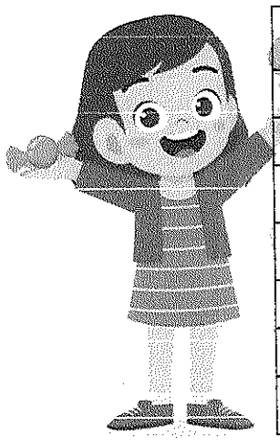


a. Cepillo de dientes ☑
b. Hilo dental ☐
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

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		X			
Verduras		X	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			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
○ 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

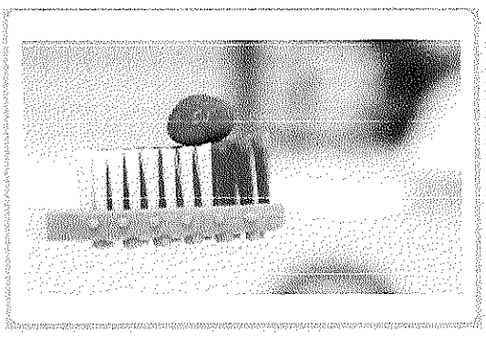
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

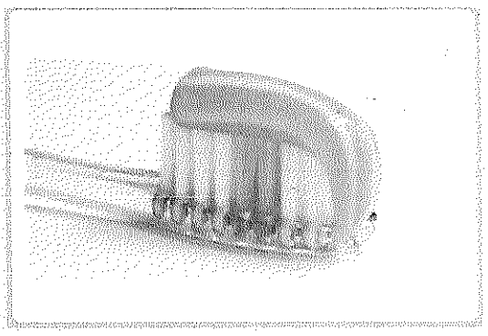
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- (X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- (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

Carlos Pedro

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** 12
- **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

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

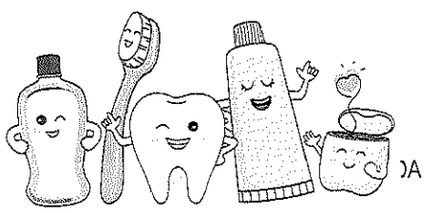
b. Dos o tres veces al mes

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	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

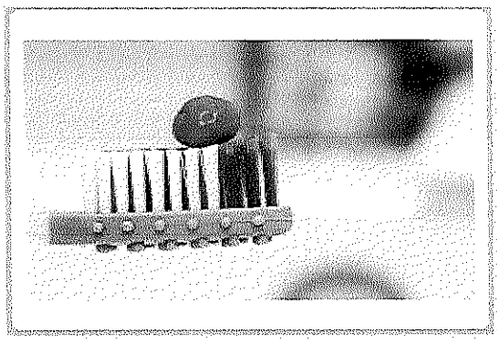
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

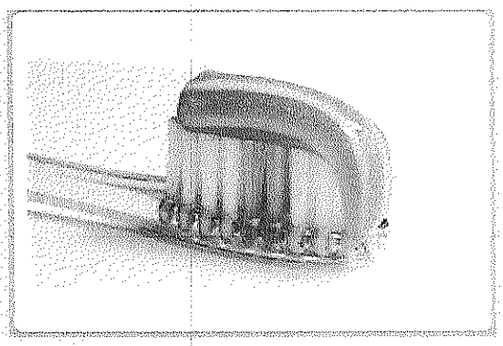
- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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.

- (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

Yerika Paola

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** 12
- **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

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

(V) 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

(V) 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)**

(V) 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

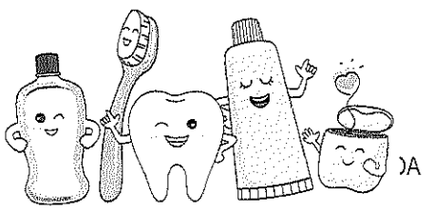
(V) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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**

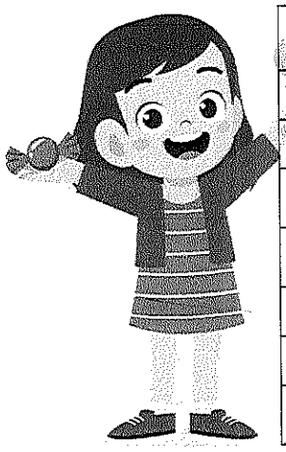


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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
( ) 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		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)

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

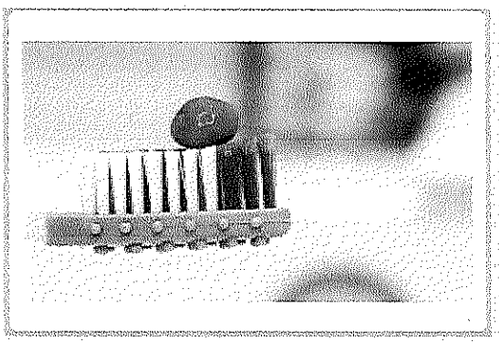
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

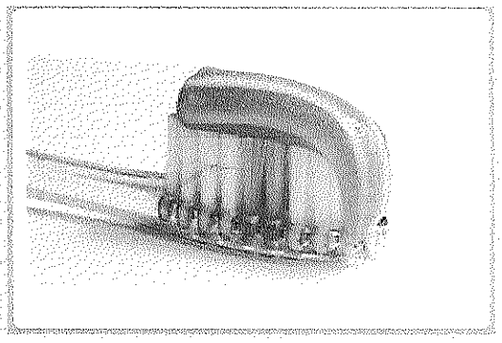
- (✓) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- (V) 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
- (V) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Saray

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

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 calificarias 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
- (Y) 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
- (Y) d. Tres veces
- ( ) e. No he ido al odontólogo en el último año
- ( ) f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

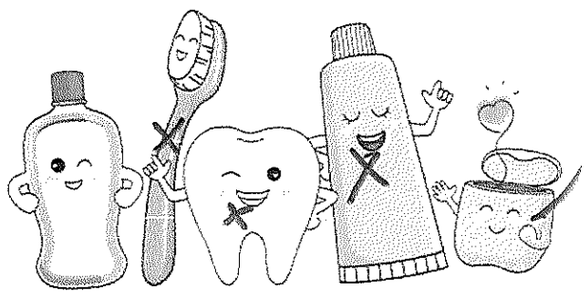
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- ( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- (Y) 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
- (Y) 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	✓	✓	X	X	X
Verduras	✓	✓	✓	✓	X
Galletas, chitos, alimentos de paquete	X	X	X	X	✓
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta	X	X	✓	✓	X
Chicles con azúcar	X	X	X	X	X
Dulces y caramelos	X	X	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
(X) 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	Si	No
Me gusta cómo se ven mis dientes	Si	No
Otros niños se burlan de mis dientes		No
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)

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

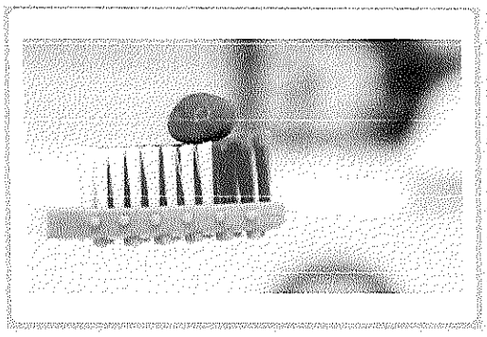
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

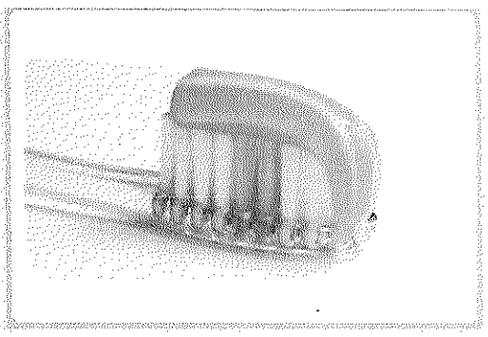
(X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(✓) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
(✓) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

(X) a. Me cepillo siempre solo
(X) b. Me cepillo con la supervisión de mis padres
(X) 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
(X) 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.**

- (V) a. No estudió en un colegio
- (X) b. Primaria incompleta
- (V) c. Primaria completa
- (X) d. Secundaria incompleta
- (V) e. Secundaria completa
- (V) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- (V) 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.**

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

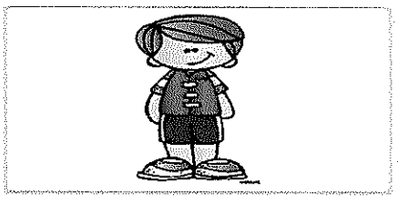
Sijtrey Tore

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 5
- Sexo

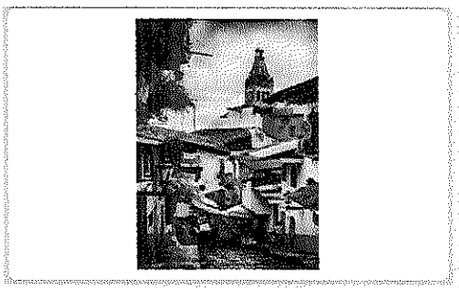


Masculino

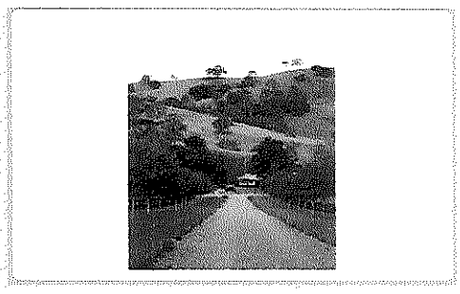


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo)

- **Sede educativa**

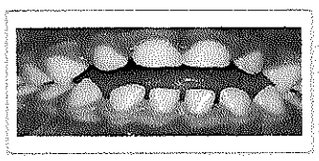
a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
b. Institución Educativa Colegio Badillo
c. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
d. Escuela Rural el Guayabo

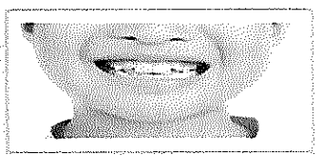
Grado en curso

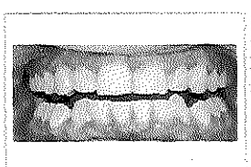
( ) Preescolar
( ) Primero
(X) Segundo

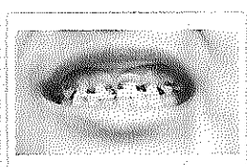
A continuación, te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**









a. Excelente b. Buena c. Regular d. Mala

2. ¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.





a. A menudo siento dolor b. De vez en cuando c. Nunca he sentido ningún dolor

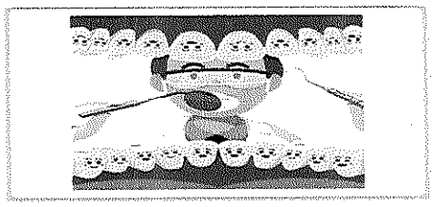
3. ¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.

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

4. ¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción




a. Dolor y molestias en misdientes. b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

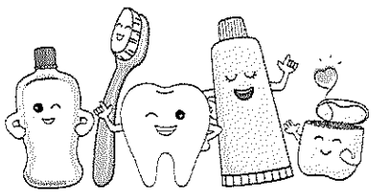



c. Para un control periódico d. Nunca he ido al odontólogo

5. ¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.

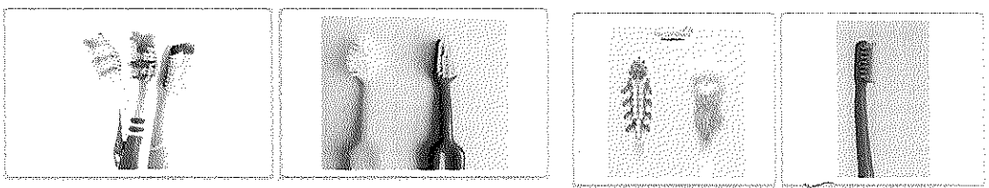
- a. Nunca me cepillo los dientes
- b. 2 o 3 veces al mes
- c. 1 vez a la semana
- d. 1 vez al día
- e. 2 o más veces al día.

6. ¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tus dientes y encías? marque todos los que usas.



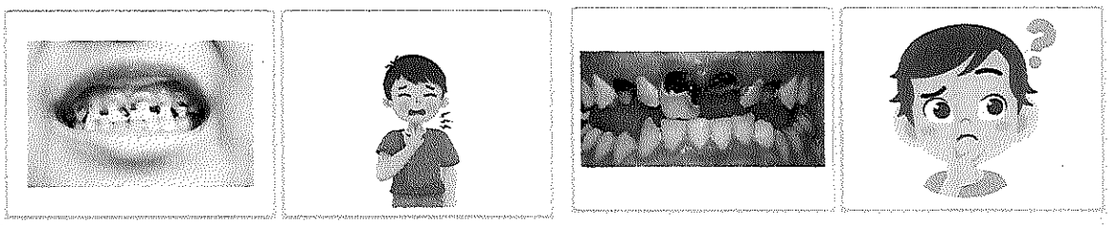
a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

7. ¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? Marque una sola opción



a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

8. ¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.



a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.

b. Una enfermedad que tienentodos los niños

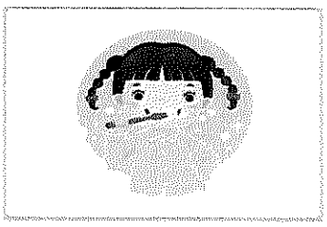
c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes

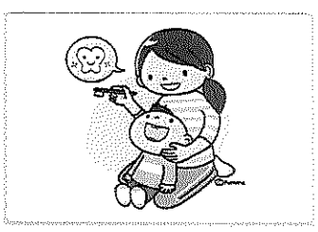
d. No se/ No responde

9. ¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.

a. Crema dental especial para niños
b. Crema dental de la que usan los adultos

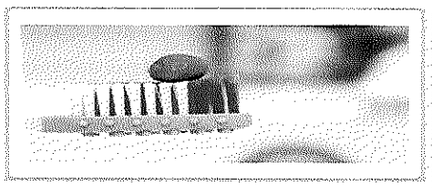
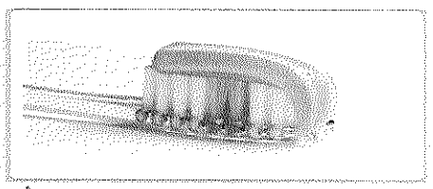
10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.





a. Me cepillo siempre solo
b. Me cepillo con la supervisión
c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción

a. Del tamaño de un grano de arveja
b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- b. De forma circular por todos los dientes.
- c. De izquierda a derecha (horizontal)
- d. No sabe / No responde

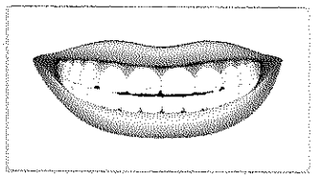
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- a. Si
- b. No
- c. A veces
- d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

- a. 1 vez al día
- b. 2 o más veces al día
- c. Nunca consumo azúcar

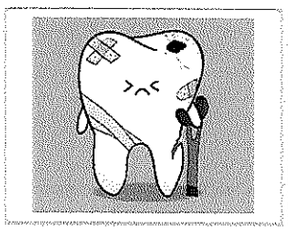
15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.

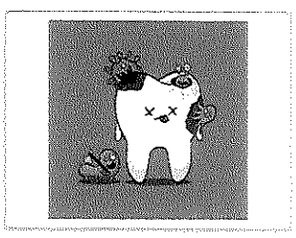
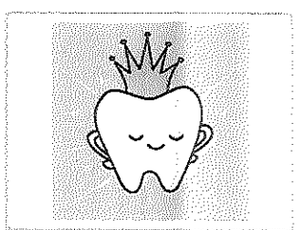





a. Para eliminar restos de comida b. Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

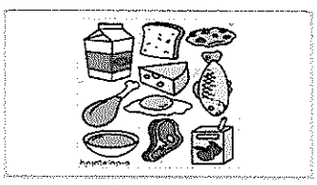
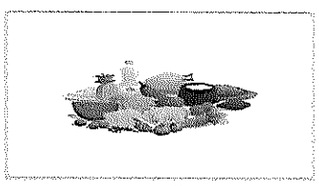
16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.

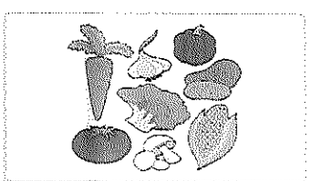


a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes d. No causa nada

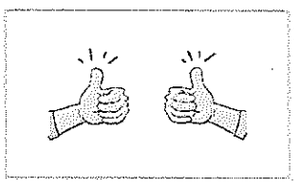
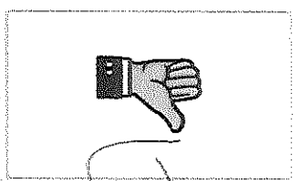
17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.



a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si b. No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

- [x] a. Si
- [ ] b. No
- [ ] c. Muy poco me gusta

Neymar Javier

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

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)**
   - (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

( ) 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

( ) 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

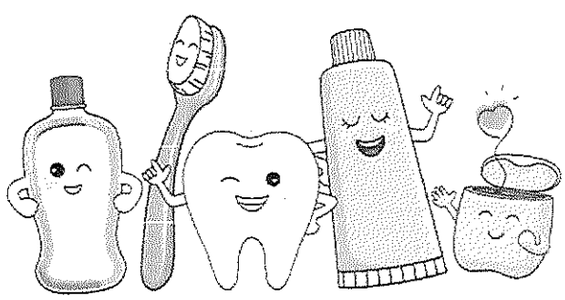
(X) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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 ☒
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	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			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

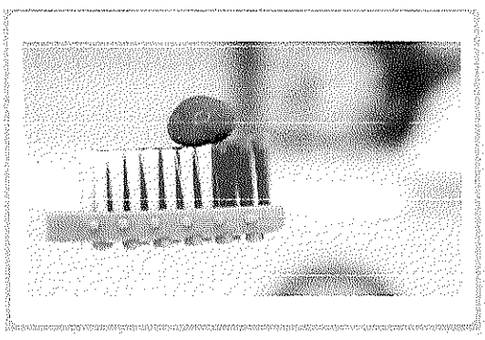
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

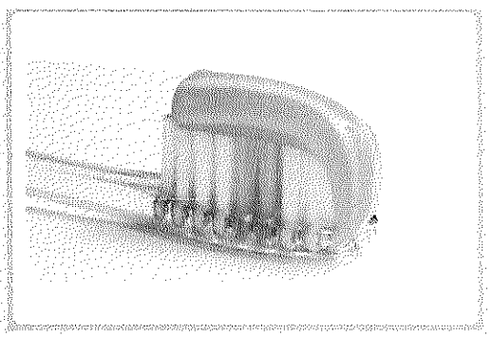
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- (X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- (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

James G.

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

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

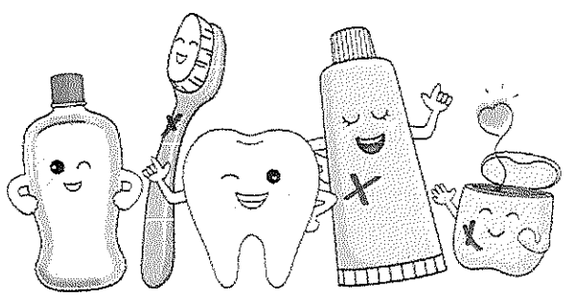
- ( ) a. Dolor y molestias en mis dientes, encías o boca
- ( ) b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)
- ( ) c. Para un control periódico
- ( ) d. No sé / no recuerdo para que fui
- (V) e. Nunca he ido al odontólogo

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
- (V) 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**

( )

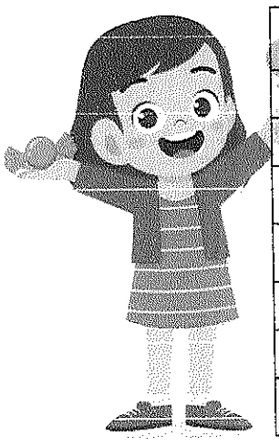


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [X]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [X]

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	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
(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	Si	NO
Me gusta cómo se ven mis dientes	Si	NO
Otros niños se burlan de mis dientes		NO
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)

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

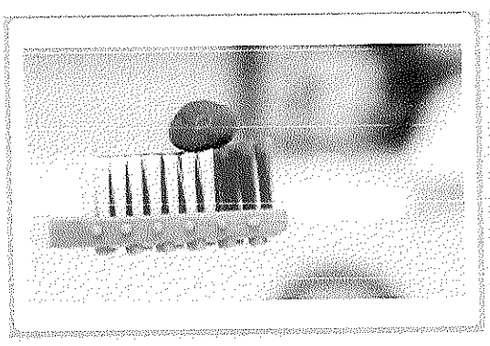
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

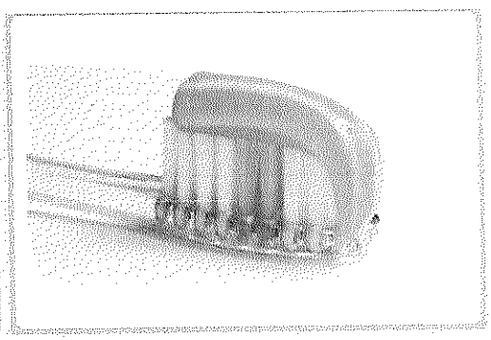
- (√) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- (V) 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
- (V) 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

Elians S.

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

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)**
   - (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

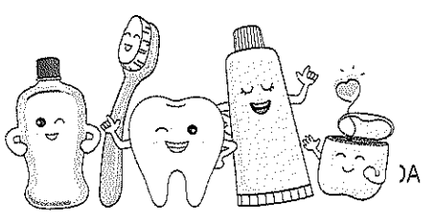
b. Dos o tres veces al mes

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 [ ]

Kerlin

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
(X) 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					
Chicles con azúcar					X
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	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		

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

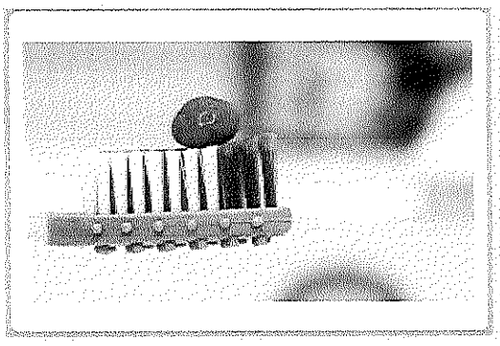
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

- ◯ 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

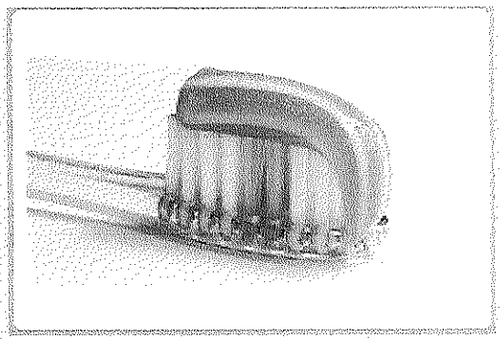
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

- ◯ 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

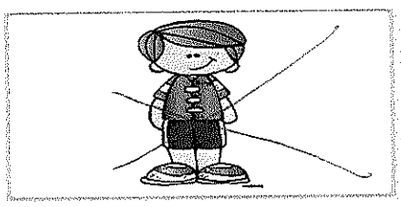
Angel

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 7
- Sexo

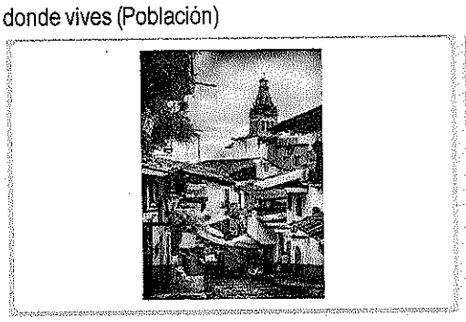


Masculino X

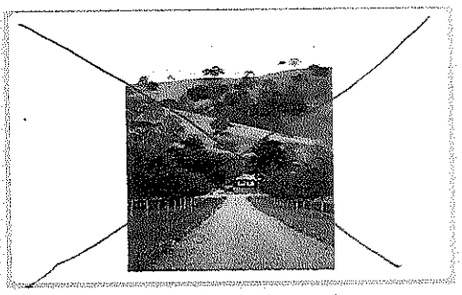


Femenino

- En donde vives (Población)



(Urbana (Pueblo)



Rural (Campo) X

- **Sede educativa**

a. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B

b. Institución Educativa Colegio Badillo

c. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba

d. Escuela Rural el Guayabo

Grado en curso

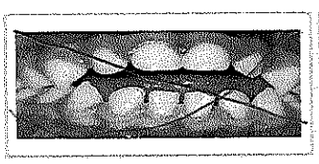
( ) Preescolar

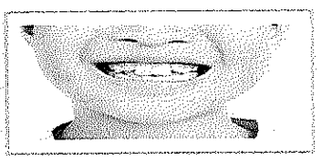
( ) Primero

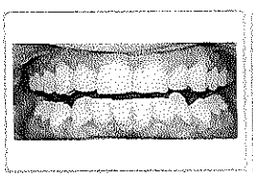
(X) Segundo

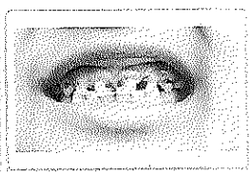
A continuación, te pedimos que respondas unas preguntas sobre el cuidado de tusdientes y cómo crees que los tienes.

1. **¿Cómo calificarías la salud de tus dientes y encías? Marca solo una opción.**



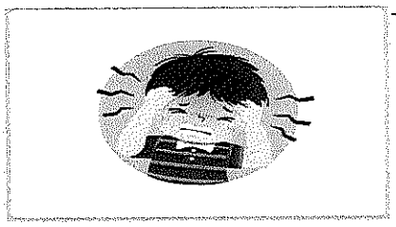
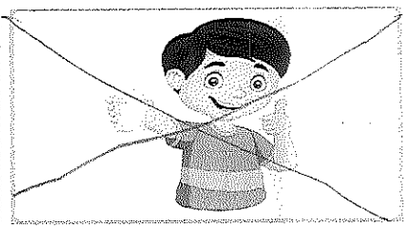






/ a. Excelente b. Buena c. Regular d. Mala

2. **¿Con qué frecuencia has sentido dolor en tus dientes durante el último año? Marca solo una opción.**

a. A menudo siento dolor b. De vez en cuando c. Nunca he sentido ningún dolor

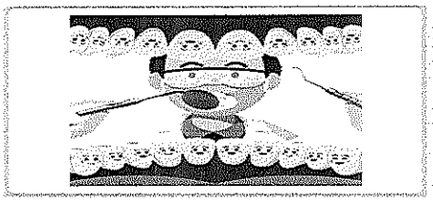
3. **¿Cuántas veces has ido al odontólogo en el último año? Marca solo una opción.**

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

4. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? Marca solo una sola opción**




a. Dolor y molestias en misdientes. b. Tratamiento (calzas, sacar dientes, limpieza)

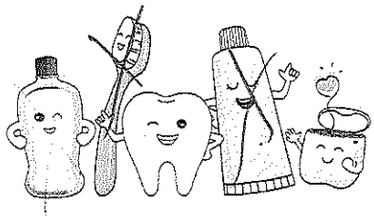



c. Para un control periódico d. Nunca he ido al odontólogo

5. **¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? * Marca solo una opción.**

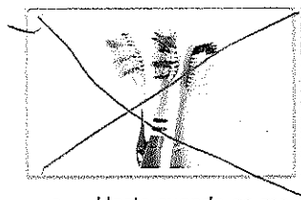
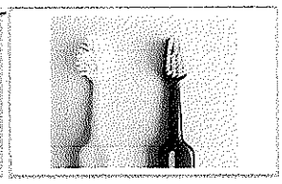
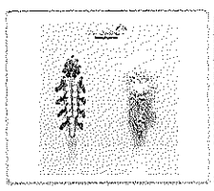
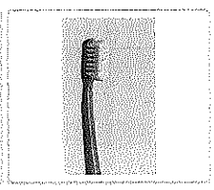
- [ ] a. Nunca me cepillo los dientes
- [x] b. 2 o 3 veces al mes
- [ ] c. 1 vez a la semana
- [ ] d. 1 vez al día
- [ ] e. 2 o más veces al día.

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



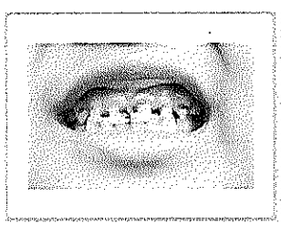
a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

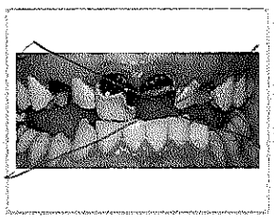
7. **¿Cuándo tengo que cambiar mi cepillo de dientes? Marque una sola opción**

a. Hasta cuando se me dañe b. 2 veces al año c. Una vez al año d. Cada 3 meses

8. **¿Sabes que es la caries dental? marca solo una opción.**






a. Es una enfermedad que afecta el diente, y se produce por mala higiene y mal alimentación.

b. Una enfermedad que tienentodos los niños

c. Son agujeros que salen de forma natural en los dientes

d. No se/ No responde

9. **¿Qué tipo de crema dental utiliza? * Marca solo una opción.**

(/) a. Crema dental especial para niños

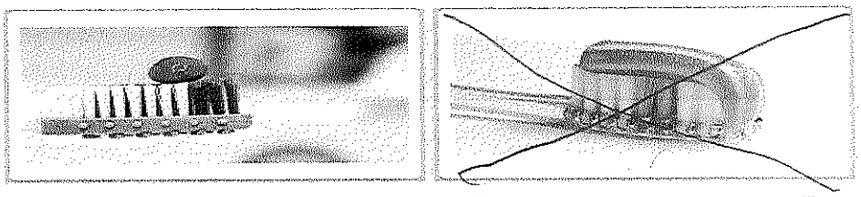
( ) b. Crema dental de la que usan los adultos

10. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? * Marca solo una sola opción.



a. Me cepillo siempre solo b. Me cepillo con la supervisión c. Mis padres mecepillan

11. ¿Qué cantidad de crema dental debo utilizar para cepillar mis dientes? * Marca solo una opción



a. Del tamaño de un grano de arveja b. Mucha crema que llene todo el cepillo

12. ¿Cuál es el orden correcto para cepillarme los dientes? * Marca solo una opción

- [x] a. De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo lalengua.
- [ ] b. De forma circular por todos los dientes.
- [ ] c. De izquierda a derecha (horizontal)
- [ ] d. No sabe / No responde

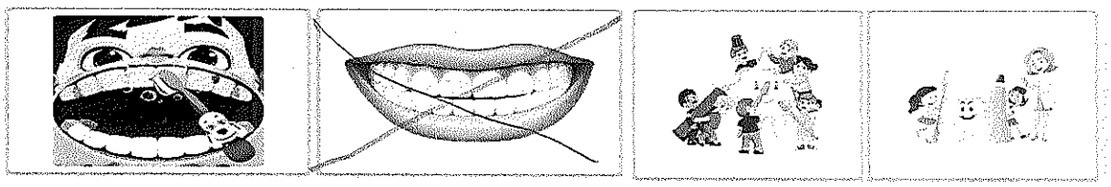
13. ¿Tus padres te revisan los dientes después que se los cepillas? Marca solo una opción

- [ ] a. Si
- [ ] b. No
- [x] c. A veces
- [ ] d. No sabe/ No responde

14. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados (dulces, galletas,bebidas azucaradas)? Marca solo una opción

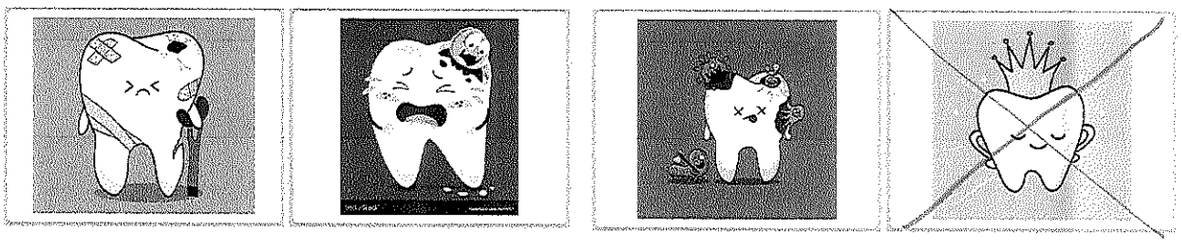
- [ ] a. 1 vez al día
- [x] b. 2 o más veces al día
- [ ] c. Nunca consumo azúcar

15. ¿Para qué sirve cepillarse los dientes? Marca solo una opción.



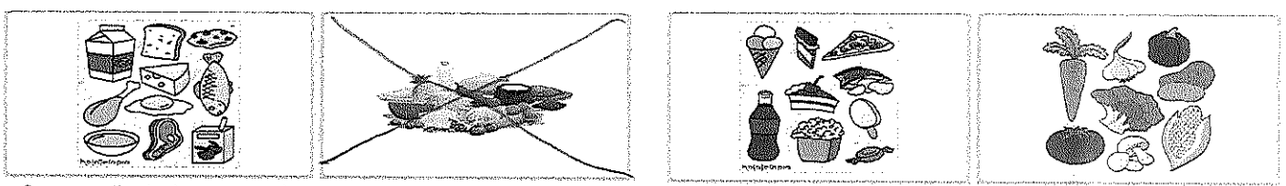
a. Para eliminar restos de comida b. Para tener dientes blancos c. Para jugar d. Para crear costumbres

16. ¿Que pueden causar los restos de alimentos que se pegan a los dientes? Marca solo una opción.



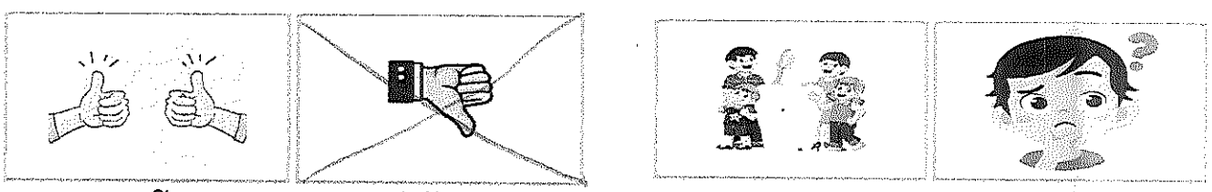
a. Caries b. Mucho dolor c. Destruye los dientes d. No causa nada

17. ¿Cuál de estos alimentos crees que son perjudiciales para tus dientes? Marca solo una opción.



a. Carne, pollo, leche, pescado b. Frutas c. Dulces d. Verduras

18. ¿el cepillo de dientes se puede prestar a otra persona? Marca solo una opción



a. Si b. No c. Solo a mi familia d. No lo se

19. ¿Te gusta cepillarte los dientes? Marca solo una opción

- ◯ a. Si
- ◯ b. No
- ◯ c. Muy poco me gusta

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

FICHA TECNICA	
1.Hora:	8:00 A.M
2.Fecha de realización:	27 SEPTIEMBRE 2024
3.Participantes:	PRIMERA INFANCIA E INFANCIA
5.Lugar:	MT- BADILLO
6.Tema:	HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

7. Desarrollo de la actividad

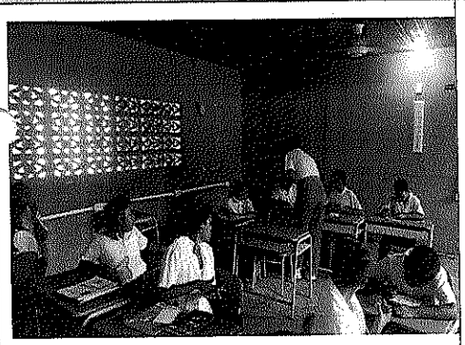
Se raliza aplicación de la herramienta diagnóstica a los estudiantes de primaria de la institución educativa Rural del Guayabo con la herramienta suministrada por el departamento, la cual arrojara los pre-saberes de los estudiantes.

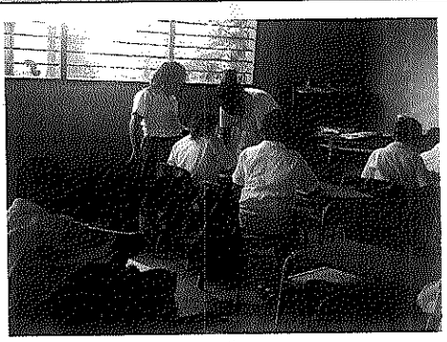
Durante la aplicación de la herramienta, se hace una explicación previa a su aplicación para socializar y retroalimentar los temas a tratar, entre ellas las siguientes:

1. Explicación de la herramienta diagnóstica.
2. Se implementa la actividad en la institución, se les da una hoja a 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 ellos a diario.	1. Explicación de la herramienta diagnóstica. 2. Se implementa la actividad en la institución, se les da una hoja a 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

Juan David López Reyes

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

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

( ) 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

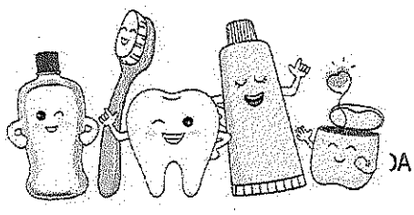
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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 ☑
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
(X) 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					
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 sonreir porque no me gustan mis dientes		
Me gusta cómo se ven mis dientes	X	
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

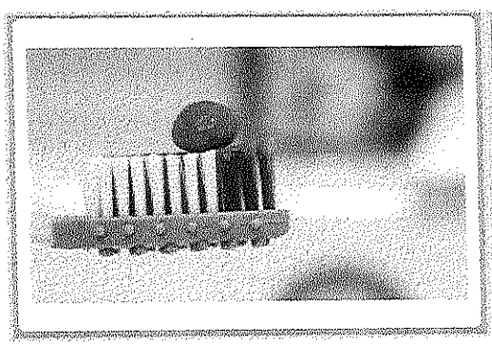
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

(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

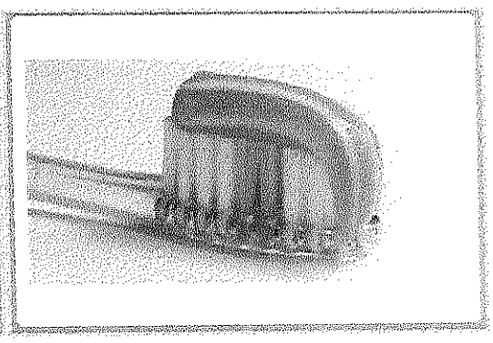
14. **¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)**

( ) 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
- ( ) 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
- (X) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Luisa Fernanda Hernandez

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

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)**
   - (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

(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)**

( ) 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

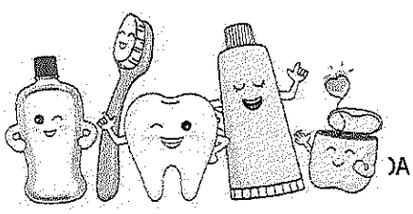
(X) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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 ☐
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

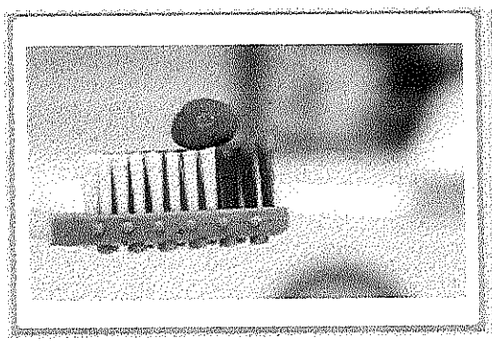
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

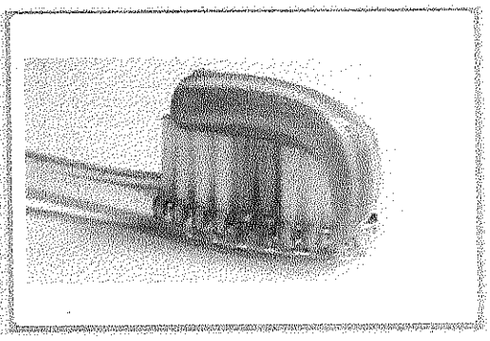
- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- ( ) 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

Dilan Felipe

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

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

(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

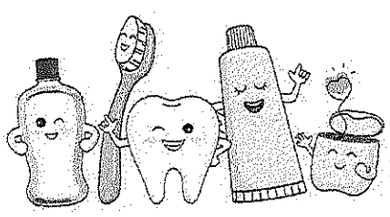
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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

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
(X) 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		Si			
Verduras		NO			
Galletas, chitos, alimentos de paquete		Si			
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta		Si			
Chicles con azúcar		NO			
Dulces y caramelos		Si			
Leche, té, café con azúcar		Si			

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		No

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

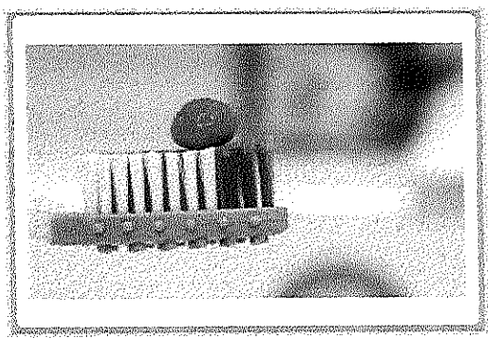
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

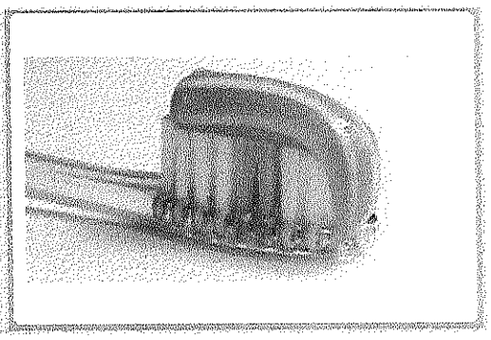
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

( ) 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

(X) 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
- (x) 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
- (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

Esnejder Peña documento

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** 12
- **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

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
- [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
- [ ] e. No he ido al odontólogo en el último año
- [x] f. Nunca he ido al odontólogo en mi vida

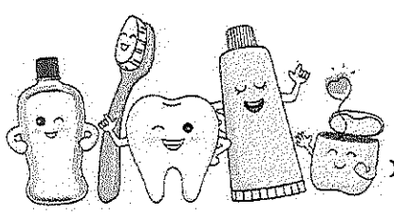
5. **¿Cuál fue la razón por la que fuiste al odontólogo la última vez? (Marque una sola opción)**

- [ ] 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

(x) 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

(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 sonreir 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

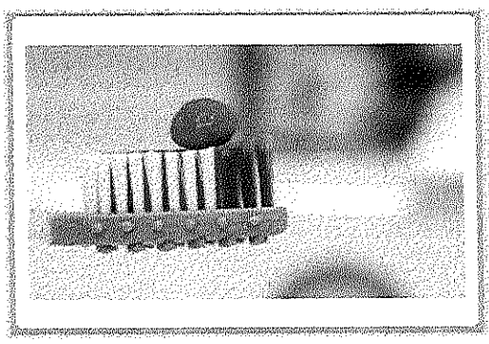
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

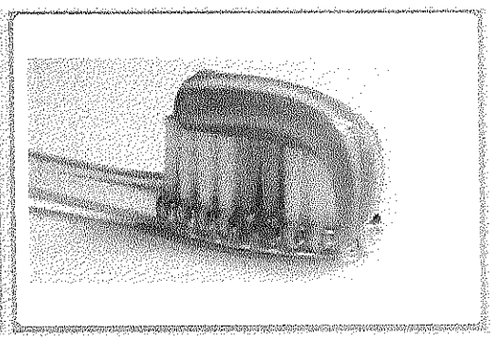
- a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

samue david muñoz 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** 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

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

(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

( ) 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

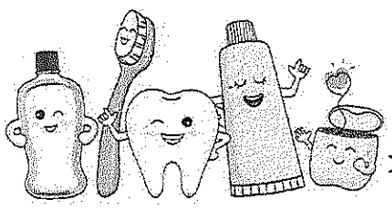
(X) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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**



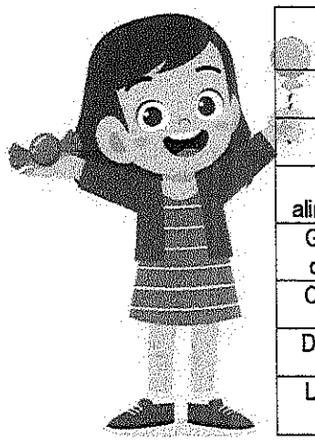
)A

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		+			
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 sonreir porque no me gustan mis dientes	Si	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	Si	
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

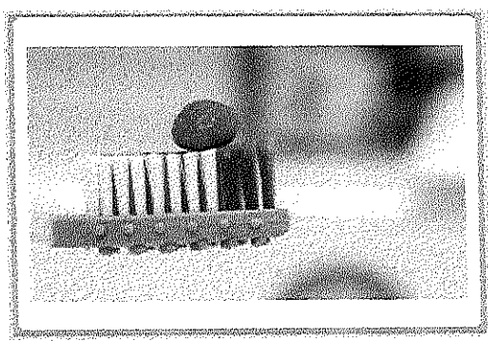
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

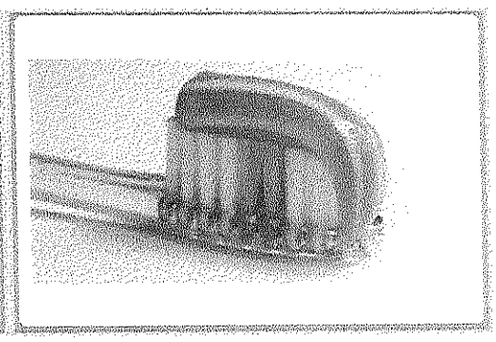
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

(X) 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
- (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

Severo Pineda Diaz

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

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)**

(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)**

( ) a. Una vez

(Y) 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)**

(Y) 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

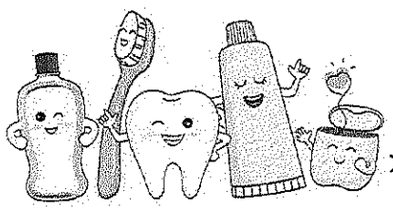
( ) b. Dos o tres veces al mes

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

8. **¿Cuándo tengo que cambiar mí 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	X	X		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
( ) 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	NO
Otros niños se burlan de mis dientes	SI	X
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio		X
Tengo dificultad para comer alimentos duros		

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

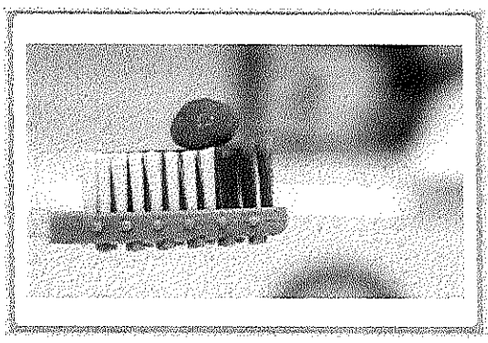
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

(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

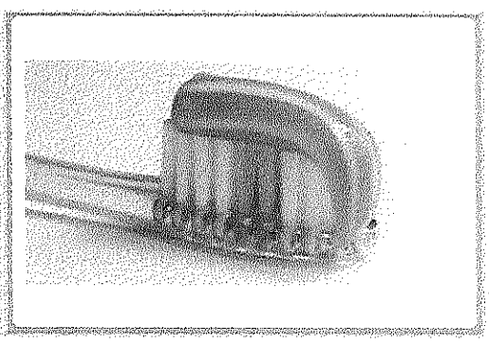
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

(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
(√) 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

Zulerma Para Herrera

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

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

(X) c. Regular

( ) d. Mala

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

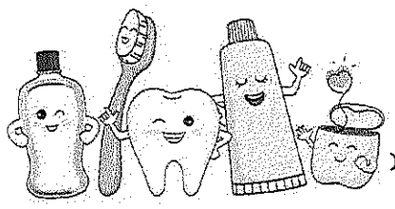
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(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**



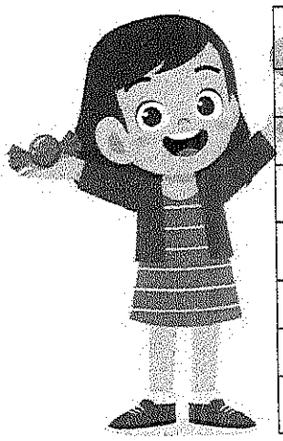
)A

a. Cepillo de dientes ☐
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
(X) 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					
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	Si	NO
Me gusta cómo se ven mis dientes	Si	NO
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		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

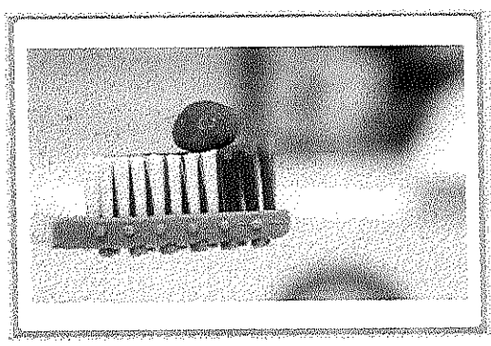
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

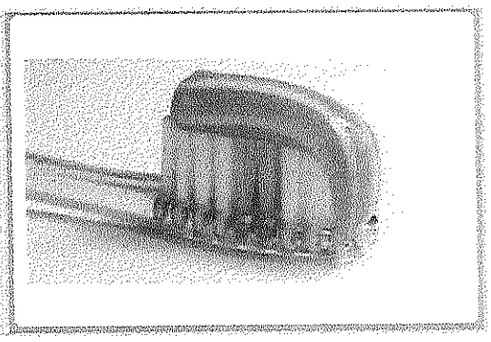
- [ ] a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- [ ] b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- [x] c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- (X) 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

Sara: Peinado Campo

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

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)**

(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

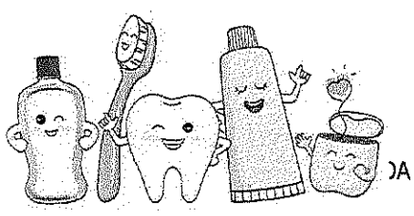
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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**



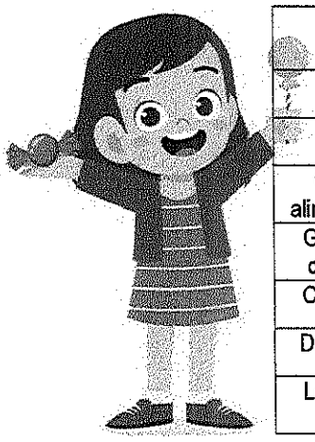
)A

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)**

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

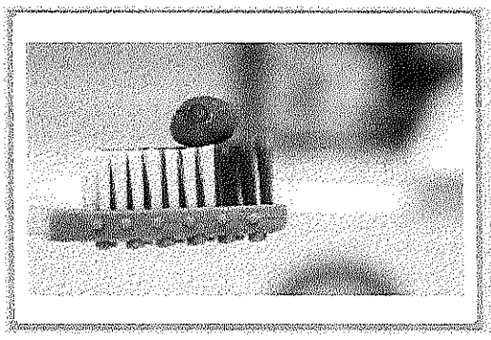
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

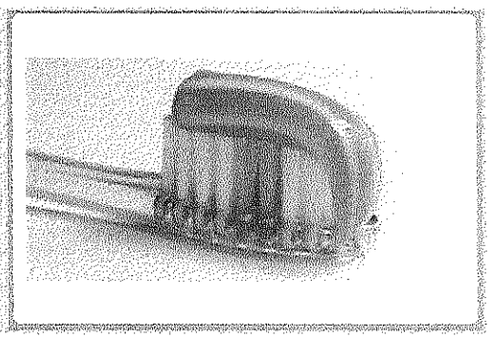
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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.**

(X) 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

Jesus David Plata Plata 6B

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** 12
- **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

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

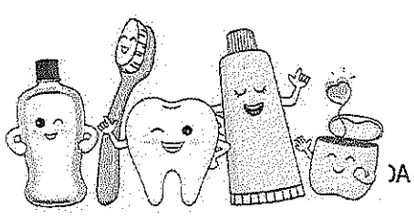
(b) b. Dos o tres veces al mes

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**

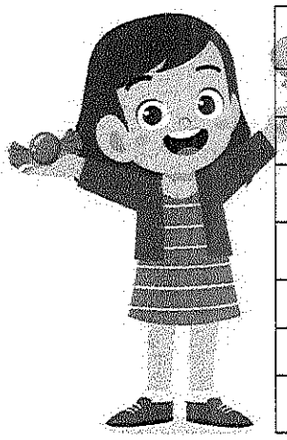


a. Cepillo de dientes ☐
b. Hilo dental ☑
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

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

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

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

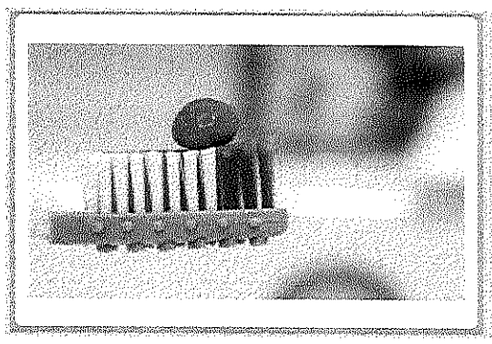
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

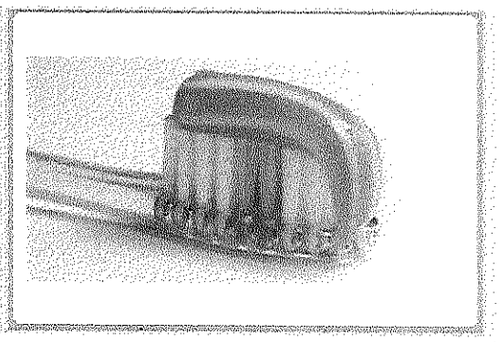
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(V) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

( ) a. Me cepillo siempre solo
(V) 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
(V) 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
- (V) 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
- (V) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Ariana Diaz Escolar - 10

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

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

(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

( ) 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

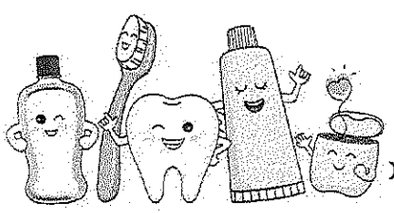
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(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**



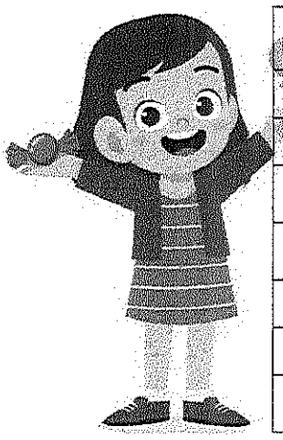
)A

a. Cepillo de dientes ☐
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
(X) 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					
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	SI	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		
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

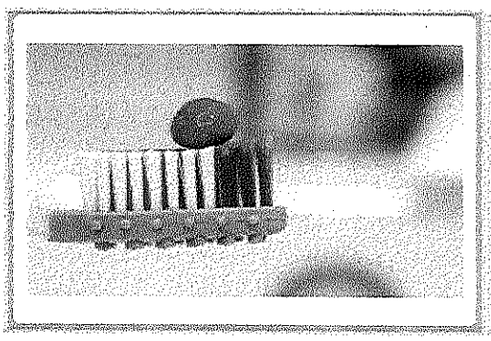
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

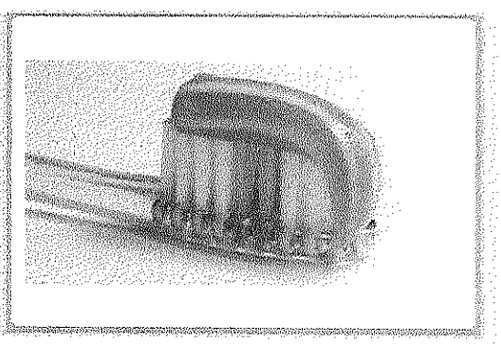
- [ ] a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- [ ] b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- [x] c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- (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

Asi Tatiana Anibal Nueve años 9

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

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

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

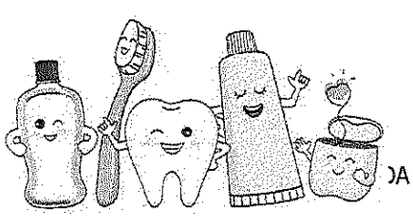
b. Dos o tres veces al mes

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**



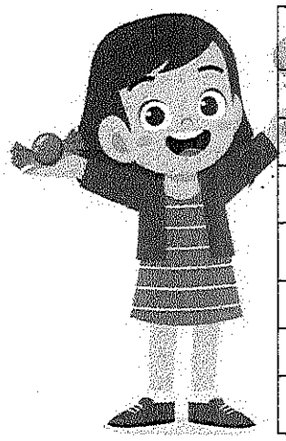
)A

a. Cepillo de dientes ☐
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
(X) 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					
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	Si	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		
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

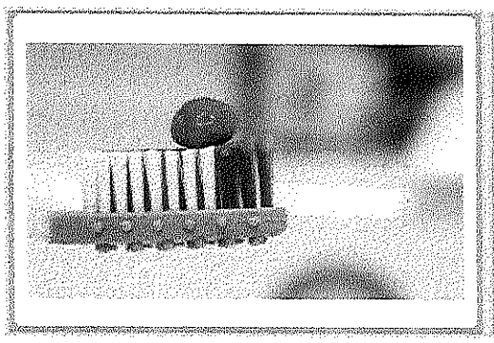
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

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

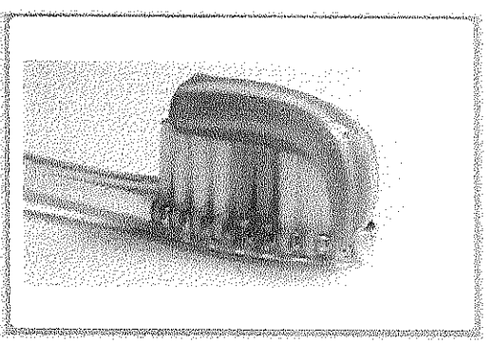
14. **¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)**

- [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
- (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

HENRI SAENZ ANIBAL

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** 17
- **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

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)**
   - (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

(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)**

( ) 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

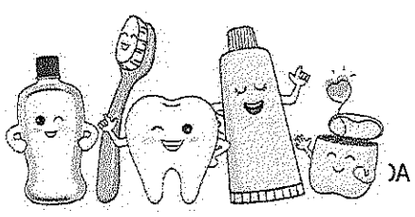
(X) b. Dos o tres veces al mes

( ) 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**

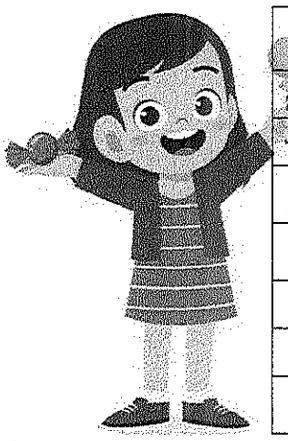


a. Cepillo de dientes ☐
b. Hilo dental ☒
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

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)**

( ) 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

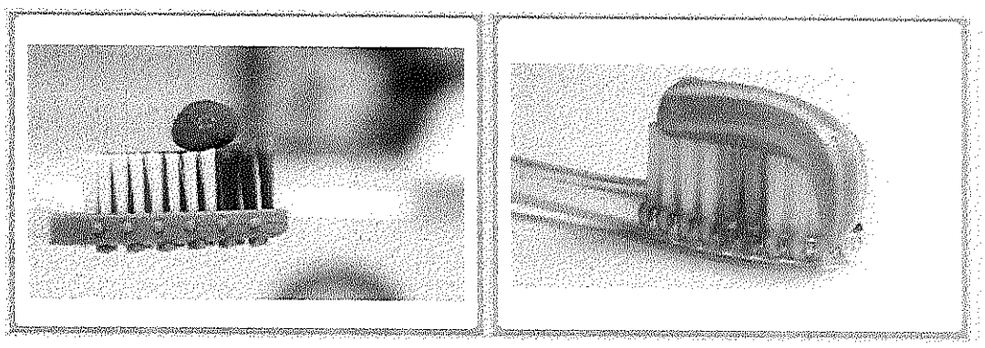
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

- ( ) 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)**

- ( ) 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
- (X) 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
- (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

Sebastian Ponton

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** 17
- **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

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

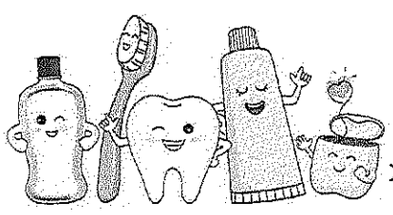
○ b. Dos o tres veces al mes

○ 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

a. Cepillo de dientes [a]
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
(X) 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
(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 sonreir 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		

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

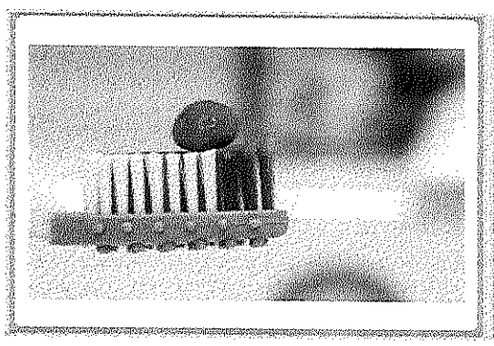
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

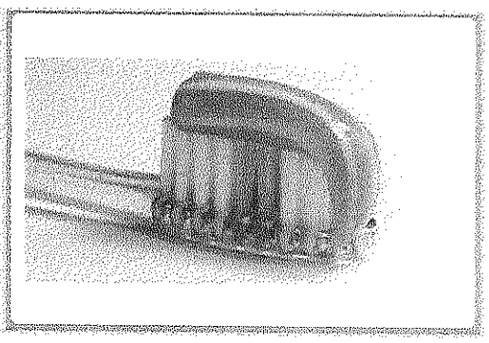
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- (X) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

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

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

FICHA TECNICA	
1.Hora:	8:00 A.M
2.Fecha de realización:	03 OCTUBRE 2024
3.Participantes:	PRIMERA INFANCIA E INFANCIA
5.Lugar:	MT- GUAYABO
6.Tema:	HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

7. Desarrollo de la actividad

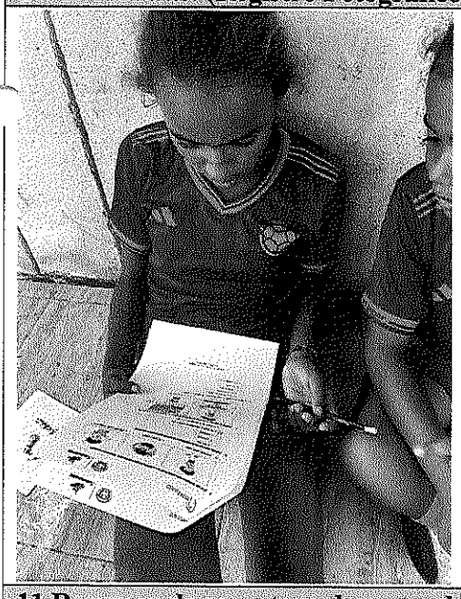
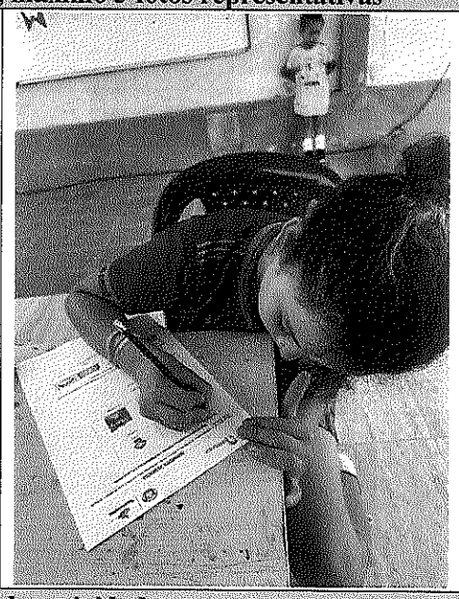
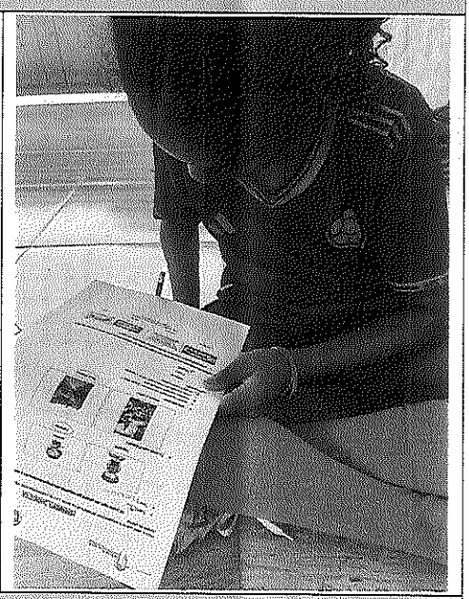
Se raliza aplicación de la herramienta diagnóstica a los estudiantes de primaria de la institución educativa del corregimiento del Guayabo con la herramienta suministrada por el departamento, la cual arrojara los pre-saberes de los estudiantes.

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 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 ellos a diario.	1. Explicación de la herramienta diagnóstica. 2. Se implementa la actividad en la institución, se les da una hoja a 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

E.S.E. Centro de Salud Camilo Rueda Villanueva - Santander

Claret Vergara

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** 7
- **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

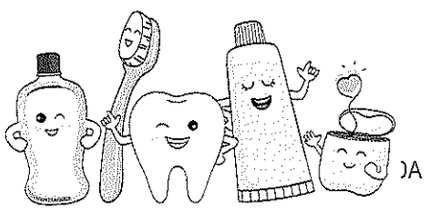
b. Dos o tres veces al mes

c. Una vez a la semana

d. Una vez al dia

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**



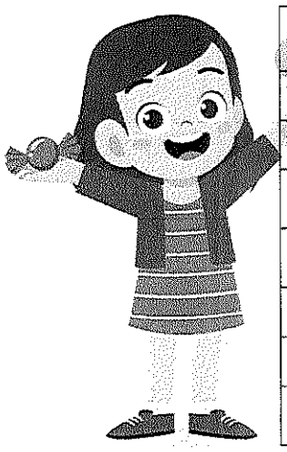
)A

a. Cepillo de dientes ✓ ☑
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		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
( ) 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

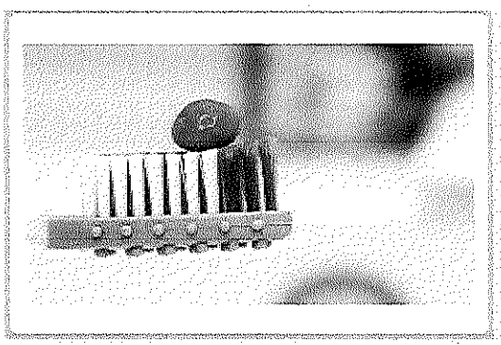
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

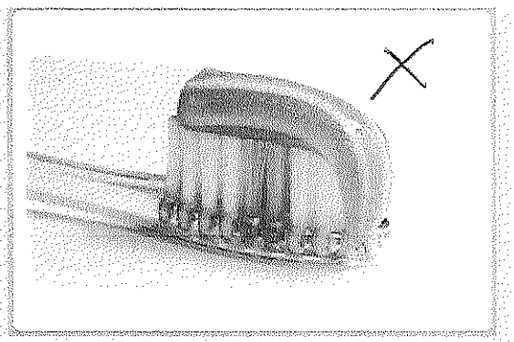
- a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- ( ) 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

Hellen perez Nuñez

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** 7
- **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

(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

(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

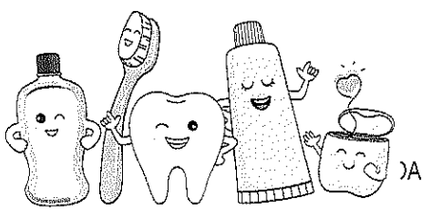
b. Dos o tres veces al mes

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**

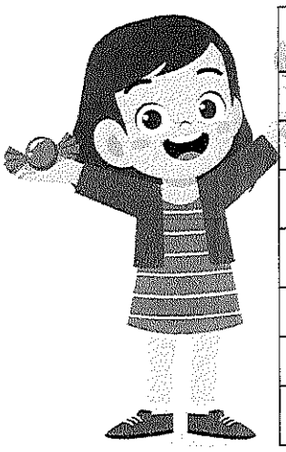


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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
(X) 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					
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
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

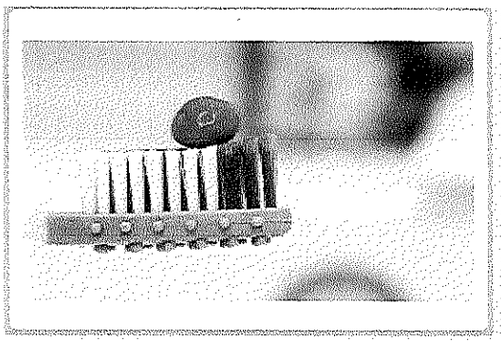
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

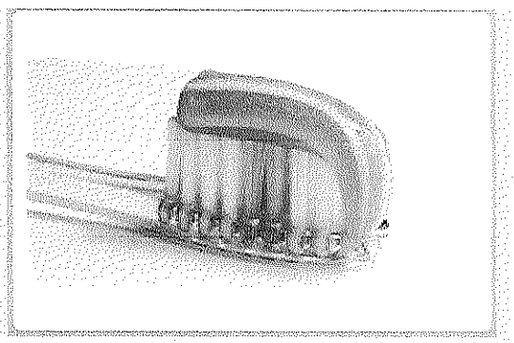
(X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

Isabel Pavares

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)**
  - 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
  - b. Instituto Agropecuario San Pedro de Vijagual sede B
  - c. Institución Educativa Colegio Badillo
  - d. Centro Educativo San Pedro Claver KM 16- Cayumba
  - X 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)**
   - (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

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)**

(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

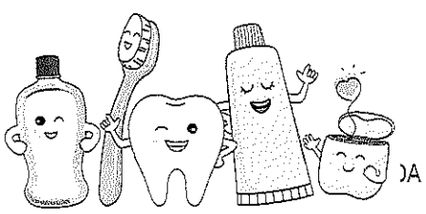
b. Dos o tres veces al mes

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. 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					
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 sonreir 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

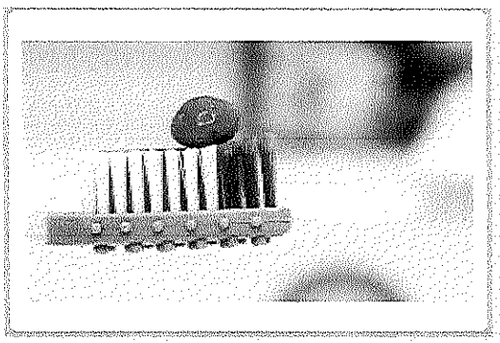
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

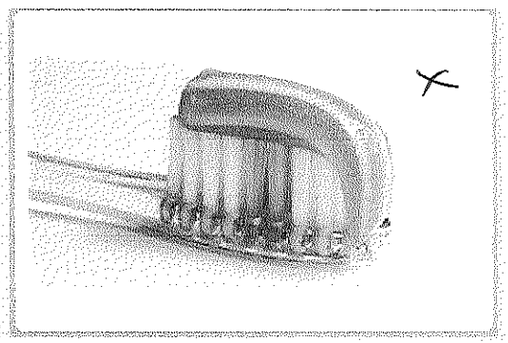
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
(X) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- ( ) 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

Jhoan ochoa

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)**
   - 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

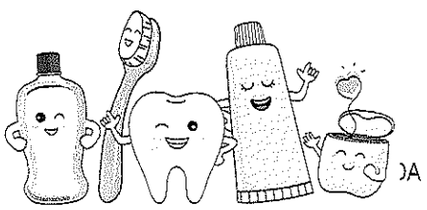
b. Dos o tres veces al mes

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**

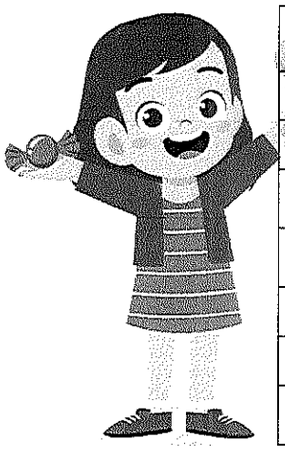


a. Cepillo de dientes ☑
b. Hilo dental ☐
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

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)**

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

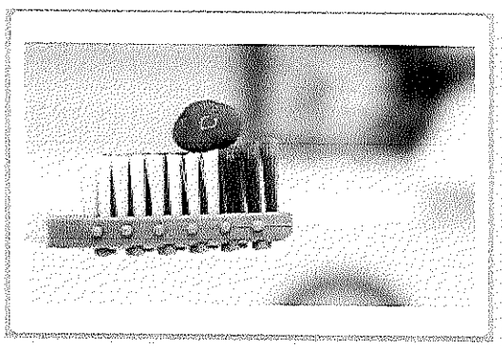
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

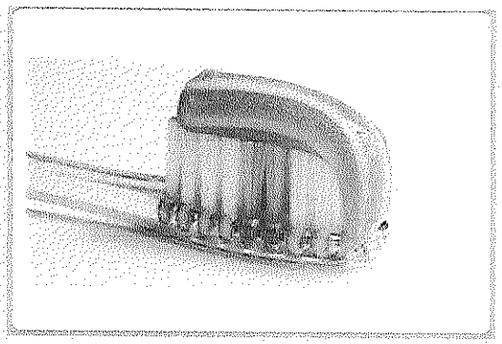
- a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

Arlen 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)**
   - ( ) 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

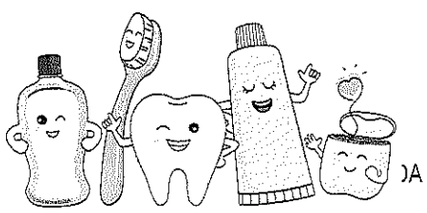
b. Dos o tres veces al mes

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**

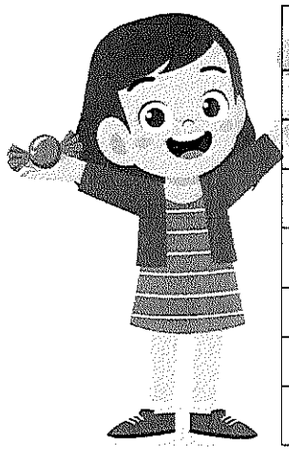


a. Cepillo de dientes ☑
b. Hilo dental ☐
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

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)

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

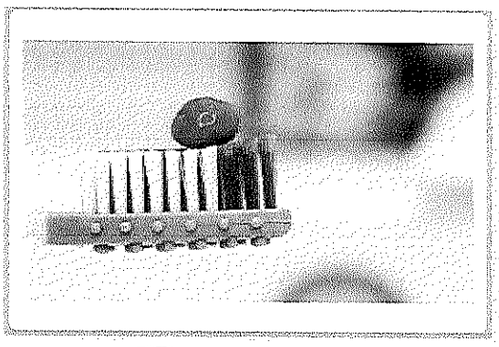
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

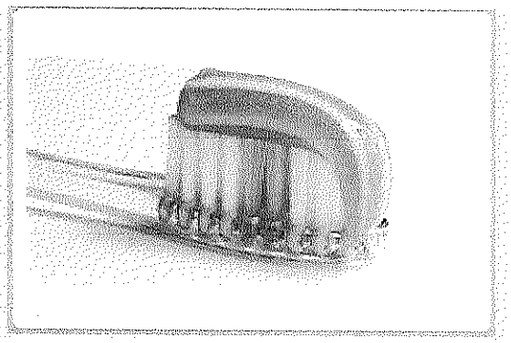
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- (✓) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

Salone vega

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)**
   - ( ) 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

(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

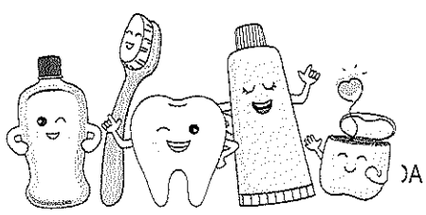
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

( ) 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		X			
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
( ) 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)

(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

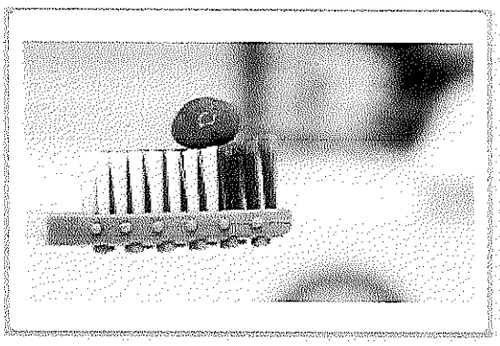
14. ¿Cómo me cepillo los dientes alguien me supervisa? (Marque una sola opción)

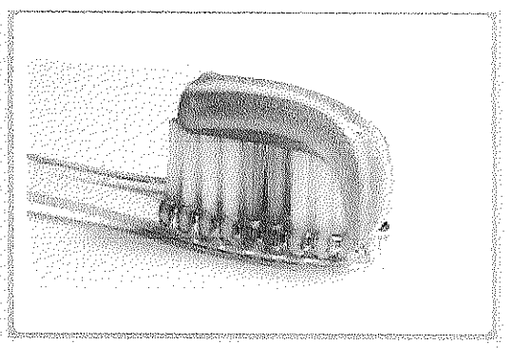
(X) a. Me cepillo siempre solo

( ) 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
- ( ) 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
- (X) h. No se

Sara Peter

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

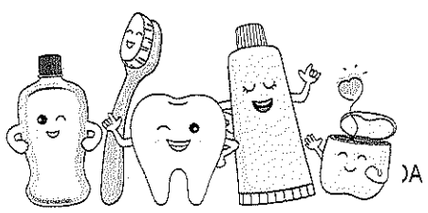
b. Dos o tres veces al mes

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**

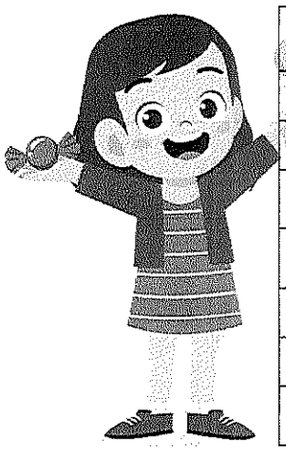


a. Cepillo de dientes [O]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [O]
d. Enjuaguebucal [O]

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		X			
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
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
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 sonreir 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

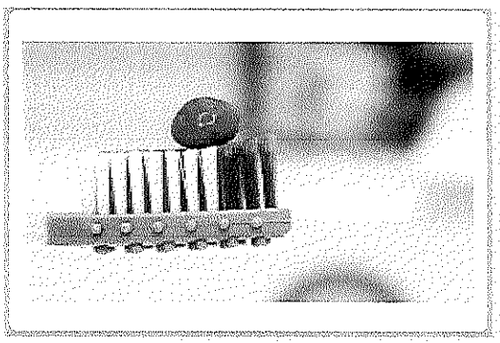
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

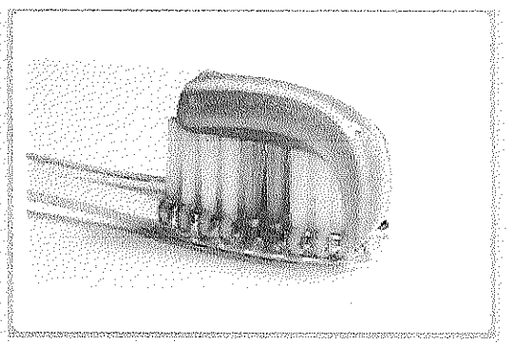
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
(b.) El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

Tecnica Bacteria

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

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

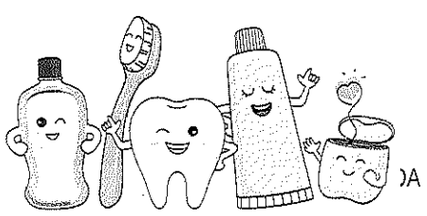
b. Dos o tres veces al mes

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					
Verduras					
Galletas, chitos, alimentos de paquete		X			
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
(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	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

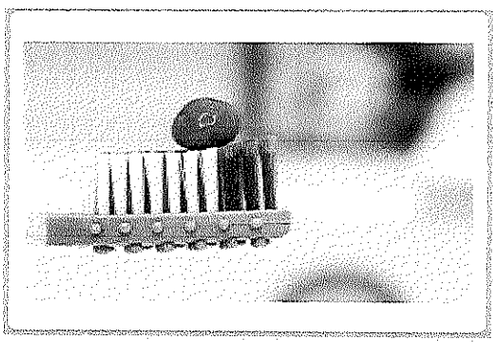
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

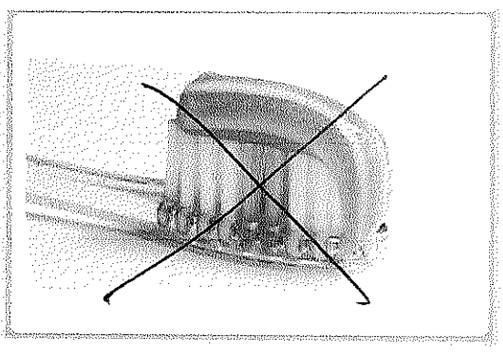
- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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
- (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

Maria zapata

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** _____
- **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

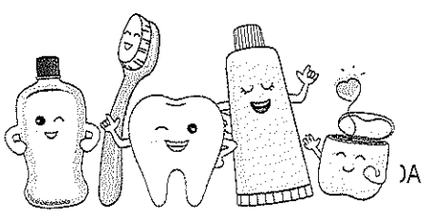
b. Dos o tres veces al mes

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**

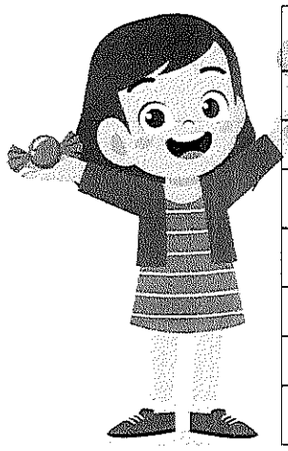


a. Cepillo de dientes ◉
b. Hilo dental ☐
c. Palitos de dientes (madera) ☐
d. Enjuaguebucal ☐

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)

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

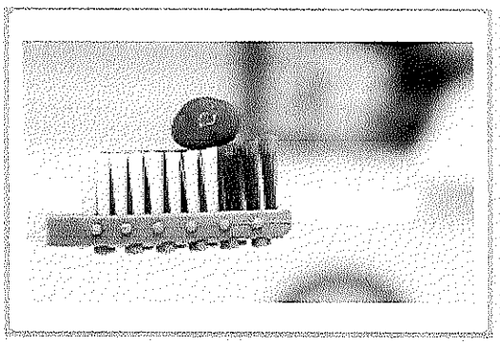
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

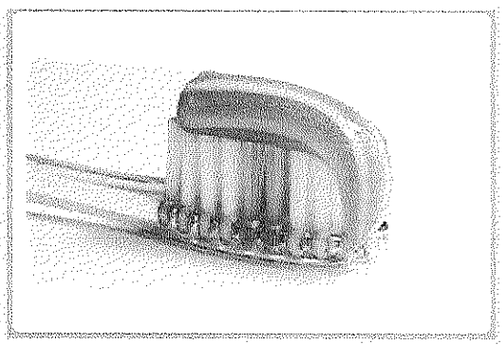
- ( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- (x) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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) 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

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

Mileidys Pacheco

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** 12
- **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

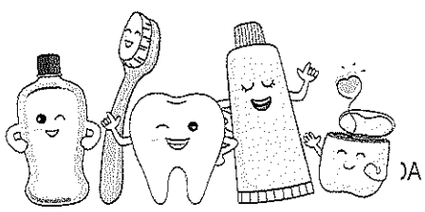
b. Dos o tres veces al mes

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**

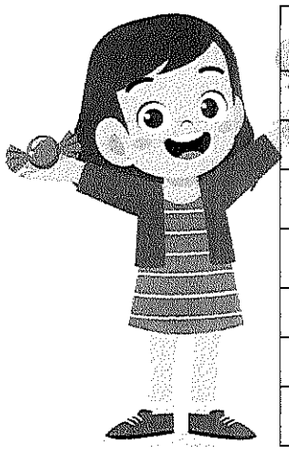


a. Cepillo de dientes [x]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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					
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
- (—) b. Crema dental de la que usan los adultos
- ( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

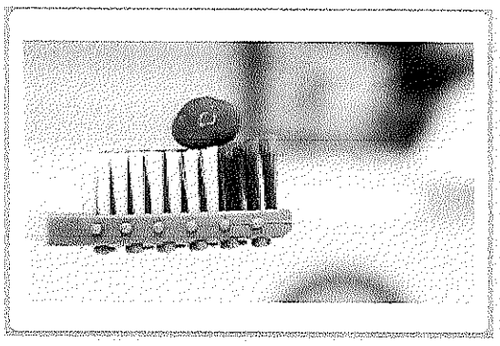
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

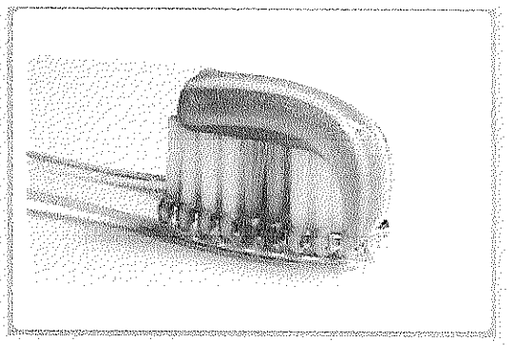
- (—) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

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

Luciana Noriega

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** 7
- **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
   - (V) b. Buena
   - ( ) c. Regular
   - ( ) d. Mala
2. **¿Cómo calificarías la salud de tus encías? (Marque una sola opción)**
   - ( ) a. Excelente
   - (V) 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

(V) 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

(V) 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

(V) e. Nunca he ido al odontólogo

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

( ) a. Nunca me cepillo los dientes

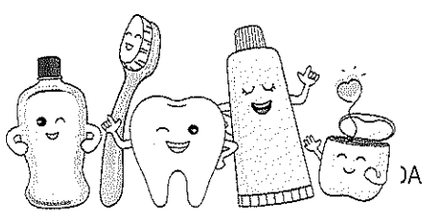
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(V) 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 [V]

b. Hilo dental [ ]

c. Palitos de dientes (madera) [V]

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

(V) 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				V	
Verduras				V	
Galletas, chitos, alimentos de paquete					
Gaseosa, jugos en cajita, Pony malta			V		
Chicles con azúcar				V	
Dulces y caramelos		V			
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

(V) 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		V
Me gusta cómo se ven mis dientes	V	
Otros niños se burlan de mis dientes		V
Debido a un dolor de dientes perdí clases y falte al colegio	V	
Tengo dificultad para comer alimentos duros		V

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

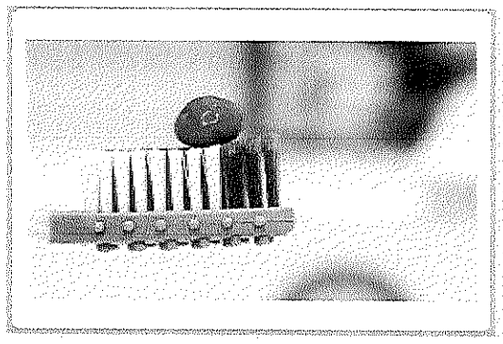
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

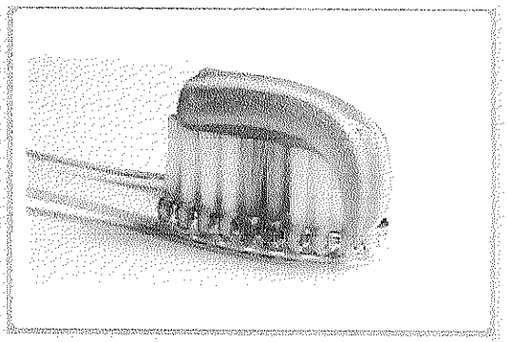
- (√) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

Kiara Perez

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

(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

(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

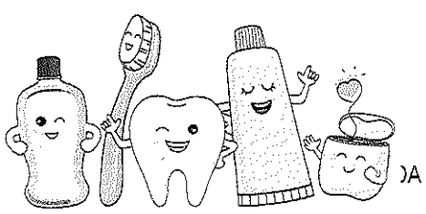
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(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**

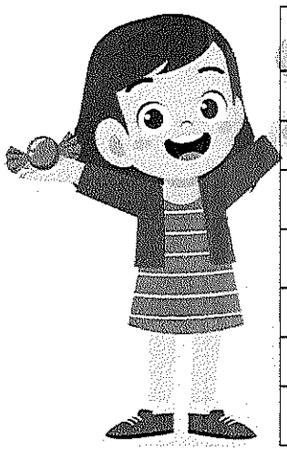


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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

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

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
- (X) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Jhordan ospino

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)**
   - (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) 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) 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) 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

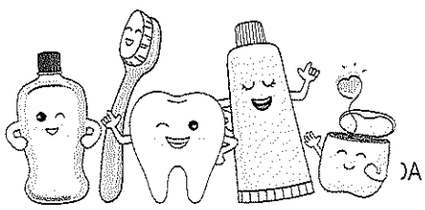
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(d) 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**

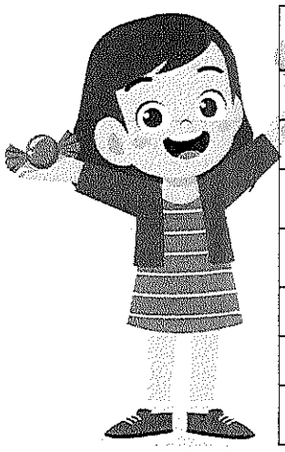


a. Cepillo de dientes [9]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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				✓	
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) 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
(6) b. Crema dental de la que usan los adultos
( ) c. No utilizo ningún tipo de crema

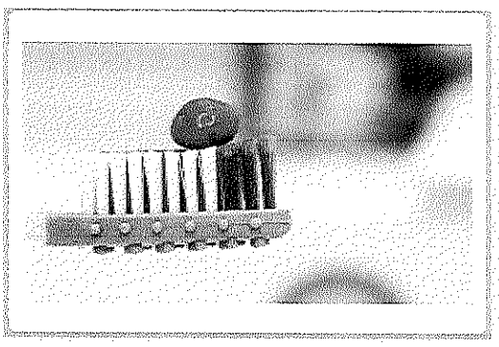
13. ¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)

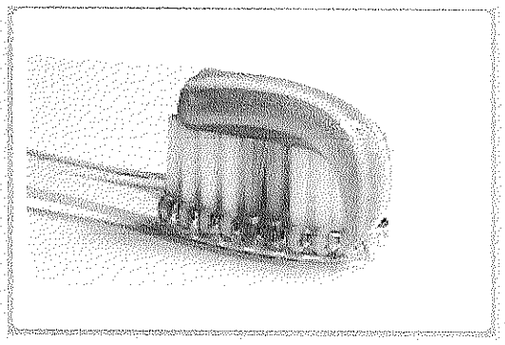
( ) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
(C) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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

(a) 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) 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) 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) d. Secundaria incompleta
- ( ) e. Secundaria completa
- ( ) f. Estudios superiores completados (universidad, instituto)
- ( ) g. Ninguna mujer adulta en la casa
- ( ) h. No se

Aaron perez

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

c. Regular

d. Mala

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

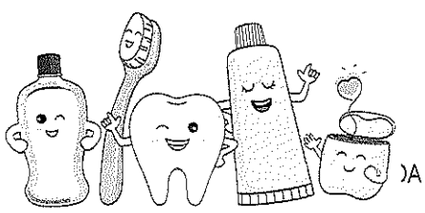
( ) b. Dos o tres veces al mes

( ) c. Una vez a la semana

(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**

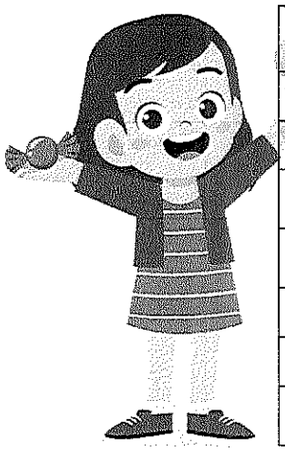


a. Cepillo de dientes [X]
b. Hilo dental [ ]
c. Palitos de dientes (madera) [ ]
d. Enjuaguebucal [ ]

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

(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)

( ) 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

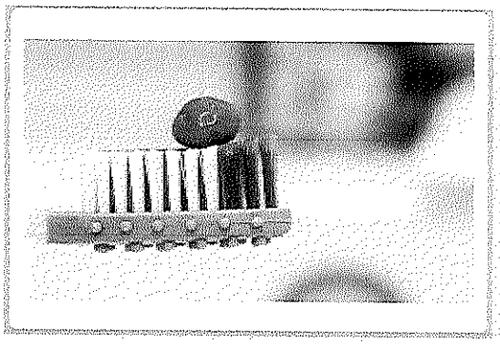
13. **¿Cuánto tiempo te demoras para cepillar tus dientes? (Marque una sola opción)**

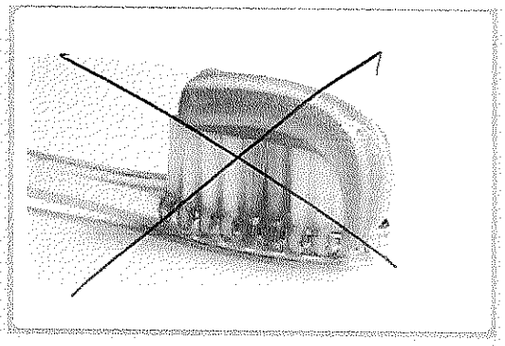
- (X) a. Debemos durar 1 minuto cepillando nuestros dientes
- ( ) b. El tiempo estimado para el cepillado dental debe ser de 3-4 minutos
- ( ) c. El suficiente hasta sentir los dientes limpios

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.**

- ( ) 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