

Self-Management Hygiene Form

Patient name: _____ DOB: _____



Regular dental visits
(child's first visit with
first tooth)



Family receives
dental treatment



Healthy snacks



Brush with fluoride
toothpaste at least 2
times daily



No soda



Less or no juice



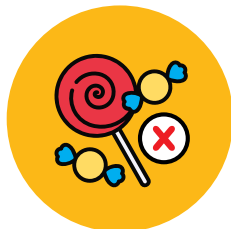
Wean off bottle
(no bottles for sleeping)



Only water or milk in
sippy cups



Drink tap water



Less or no junk food
and candy



Use xylitol spray, gel
or dissolving tablets

IMPORTANT:
The last thing that
touches your child's
teeth before bedtime
is the toothbrush with
fluoride toothpaste.

Self-management goals: _____

On a scale of 1-10, how confident are you that you can accomplish the goals?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Signature: _____ Date: _____

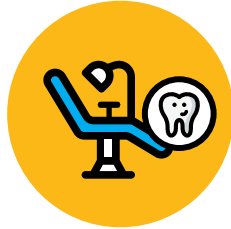
Practitioner signature: _____ Date: _____

Formulario sobre higiene Oral Personal

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____



Visitas dentales regulares (primera visita del niño con el primer diente)



La familia recibe tratamiento dental



Aperitivos saludables



Cepille con pasta dental con fluoruro al menos 2 veces al día



No gaseosas



Menos o ningún jugo



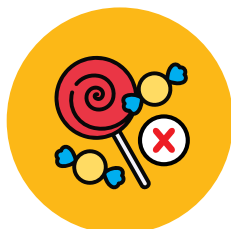
Elimine la botella (no le de botella antes de dormir)



Solo agua o leche en tazas de entrenamiento



Beber agua del grifo



Menos o nada de comida chatarra y dulces



Use xilitol en aerosol, gel o tabletas para disolver

IMPORTANTE:
Lo último que toca los dientes de su hijo(a) antes de acostarse es el cepillo de dientes con pasta de dientes con fluoruro.

Objetivos de cuidado propio: _____

En una escala de 1 - 10, ¿qué tan Seguro(a) está de que puede lograr los objetivos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del profesional de salud: _____ Fecha: _____