

# 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: \_\_\_\_\_

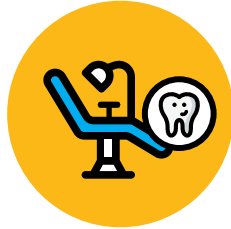
Practitioner signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# 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



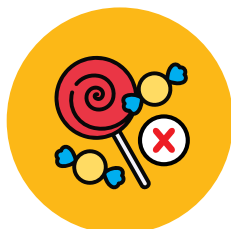
Elimine la botella (no le de botella antes de dormir)



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: \_\_\_\_\_