



Cómo Cepillarse

Para niños de 3 años o más, use una cantidad de crema dental con flúor del tamaño de un guisante y un cepillo de dientes de cerdas suaves.

Cepille todas las superficies de los dientes: superior e inferior, por dentro y por fuera. ¡No olvide la lengua!



Cambie su cepillo dental cada 3 meses



Cierre la llave del agua mientras se cepillas



Cómo lograr una Sonrisa Brillante!

La buena salud bucal es una parte importante de la salud general de su hijo. ¡Siga estos pasos para una sonrisa brillante que puede durar toda la vida!

Cepille sus dientes

dos veces al día con crema dental con flúor; después del desayuno y antes de acostarse



Limite bocadillos

y bebidas con azúcar para reducir el riesgo de caries



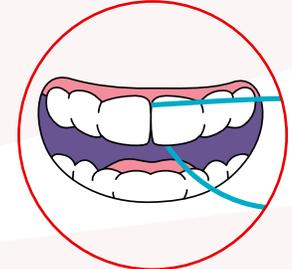
Visite a su dentista

o higienista dental con regularidad para ayudar a mantener buenos hábitos de salud bucal



Use hilo dental

en los dientes de su hijo diariamente (una vez que se tocan) para eliminar la placa





Mi tabla de cepillado

Mi nombre es _____

(Nombre del niño)

Me cepillo 2 veces al día con crema dental con flúor, después del desayuno  y antes de ir a la cama .

Para los padres: Asegúrese de que su hijo se cepille durante 2 minutos y use una cantidad de crema dental con flúor del tamaño de un guisante.* Haga que su hijo marque la casilla de verificación después de cepillarse. Recuerde a los demás miembros de la familia que también se cepillen, ¡y haga que marquen la casilla!



Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9
 	 	 	 	 	 	 	 	 
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Día 10

Día 19	Día 18	Día 17	Día 16	Día 15	Día 14	Día 13	Día 12	Día 11
 	 	 	 	 	 	 	 	 
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Día 20

Día 21	Día 22	Día 23	Día 24	Día 25	Día 26	Día 27	Día 28
 	 	 	 	 	 	 	 
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

