

Anexo II.

Encuesta.

Datos personales.

Nombre _____ **del** _____ **niño:**

Edad: _____

Sexo: _____

Diagnóstico de Hábito bucal deformante presente:

- ___ Succión digital
- ___ Onicofagia
- ___ Lengua protráctil
- ___ Uso de chupetes y biberones.

Por medio de la presente solicitamos su colaboración, una vez que ha accedido a cooperar con el equipo de investigadores para obtener los siguientes datos:

1 ¿Dio usted Lactancia exclusiva a su hijo(a)? Si___ No___

2 Sucesivo al nacimiento del niño hasta la fecha, en su hogar ha existido.

- ___ Armonía familiar.
- ___ Discusiones entre familiares.
- ___ Ha sido criado por sus dos padres.
- ___ Ha sido criado por su madre sola.
- ___ Ha sido criado por sus abuelos.

3 Su niño tuvo al nacer un peso:

- ___ Normal.
- ___ Bajo peso.
- ___ Sobre peso.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN