

## **ANEXO 1.**

### **AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN ESTOMATOLÓGICA:**

“Cronología de la erupción dentaria temporal y permanente en la población del municipio Majagua”

**A:** Director municipal de Educación de Majagua.

**Asunto:** Autorización para realizar investigación de estomatología.

Por medio de la presente se autoriza a la Dra. Alismey Cano Lugo para realizar un estudio sobre la erupción dentaria, en el período de Febrero de 2012 a Febrero de 2013, en el municipio Majagua, con el objetivo de establecer la cronología para la erupción en la dentición temporal y permanente e identificar factores de riesgo relacionados con la erupción dentaria, en la población menor de 19 años de edad. Los datos personales obtenidos de las encuestas no serán publicados y el estudio se realizará con el consentimiento informado de cada uno de los padres y menores. El examen no es nocivo para la salud de los menores y deberán cumplirlo como se lo indique su estomatólogo.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Dirección Municipal de Educación. Majagua  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dra. Alismey Cano Lugo  
Firma

## **ANEXO 2.**

### **Consentimiento informado para investigación estomatológica.**

“Cronología de la erupción dentaria temporal y permanente en la población del municipio Majagua”.

Yo \_\_\_\_\_, como madre, padre o tutor, estoy de acuerdo en que mi hijo/a participe en el estudio sobre cronología de la erupción dentaria en la dentición temporal y permanente en el municipio Majagua. Se me informó que:

- El estudio debe durar 12 meses.
- Este contará sólo de un examen físico bucal y de los arcos dentarios y el completamiento de una planilla de datos.

\_\_\_\_\_  
Padre, madre o tutor.  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dra. Alismey Cano Lugo.  
Firma

### ANEXO 3.

#### Formulario para los escolares:

Nombre y apellidos del escolar: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Color de la piel: \_\_\_\_\_

Dirección del escolar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela o Círculo infantil: \_\_\_\_\_

Pre-universitario: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

#### 1-Dientes

#### Edad brote

Incisivo central inferior \_\_\_\_\_

Incisivo lateral inferior \_\_\_\_\_

Incisivo central superior \_\_\_\_\_

Incisivo lateral superior \_\_\_\_\_

Primer molar inferior \_\_\_\_\_

Primer molar superior \_\_\_\_\_

Primera bicúspide inferior \_\_\_\_\_

Primera bicúspide superior \_\_\_\_\_

Segunda bicúspide inferior \_\_\_\_\_

Segunda bicúspide superior \_\_\_\_\_

Canino inferior \_\_\_\_\_

Canino superior \_\_\_\_\_

Segundo molar inferior \_\_\_\_\_

Segundo molar superior \_\_\_\_\_

Tercer molar inferior \_\_\_\_\_

Tercer molar superior \_\_\_\_\_

#### 2- Orden de brote

• Maxilar superior \_\_\_\_\_

• Maxilar inferior \_\_\_\_\_

### 3-Factores de riesgo

- ✓ Herencia Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- ✓ Antecedentes patológicos maternos y retardo de erupción Si\_\_\_ No \_\_\_
- ✓ Bajo peso al nacer Si\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ✓ Evaluación nutricional del niño bajo peso Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Factores Locales

- ✓ Traumatismos Si\_\_\_ No \_\_\_ Diente: \_\_\_\_\_
- ✓ Dientes supernumerarios Si\_\_\_ No \_\_\_ Diente: \_\_\_\_\_
- ✓ Oligodoncia Si\_\_\_ No \_\_\_ Diente: \_\_\_\_\_
- ✓ Persistencia de dientes temporales Si\_\_\_ No \_\_\_ Diente: \_\_\_\_\_
- ✓ Perdida prematura de dientes permanentes.Si\_\_\_ No \_\_\_Diente: \_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_