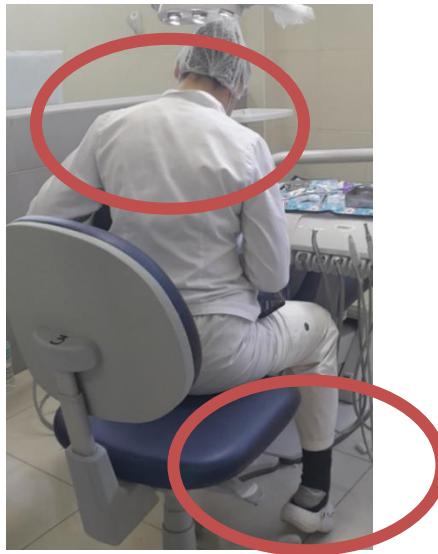
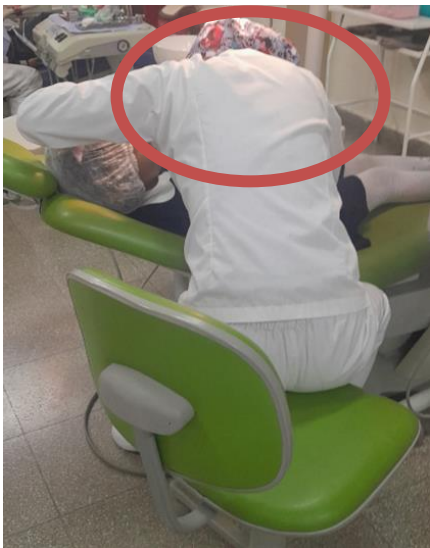
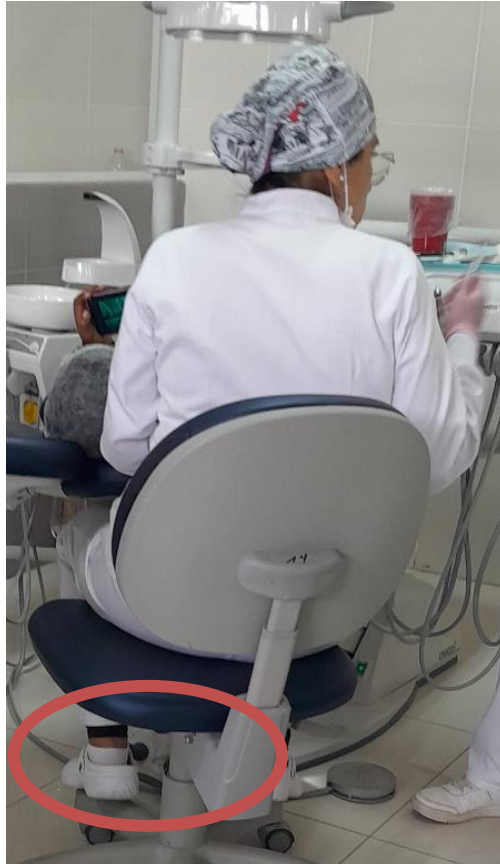
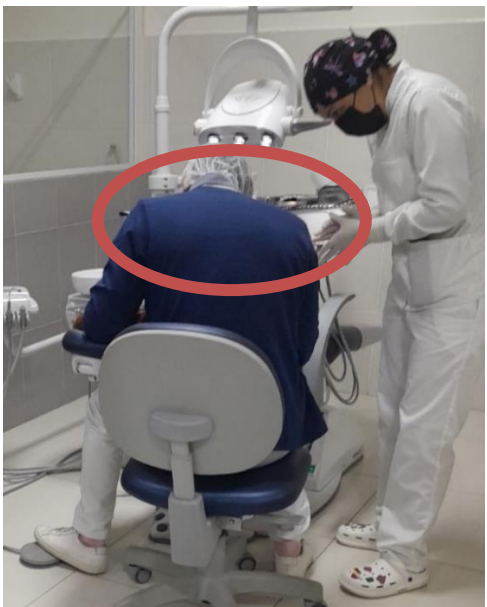
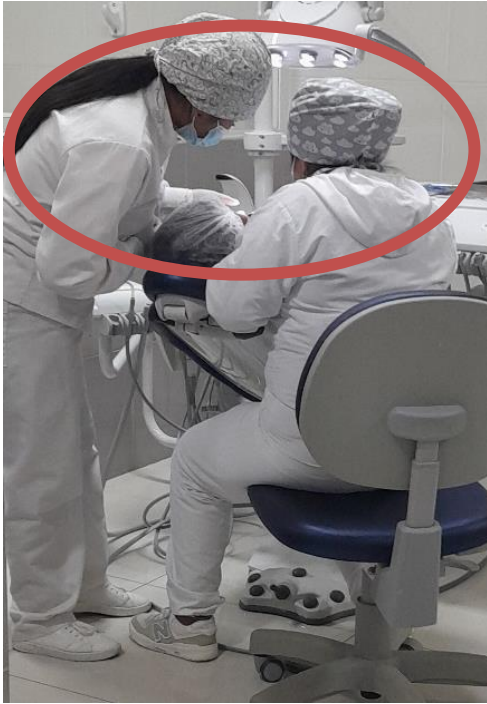


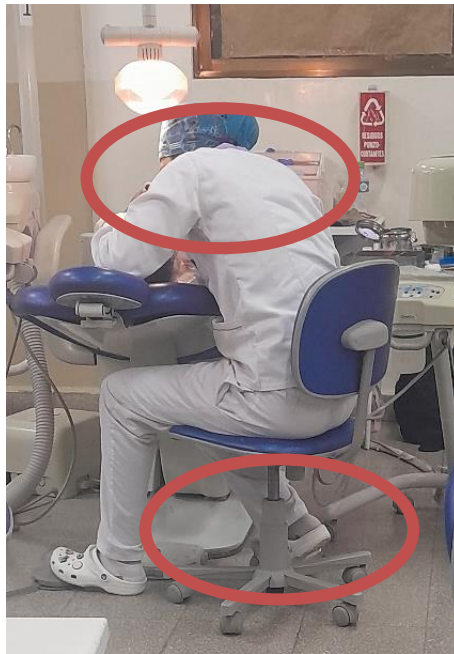
VIII. ANEXOS

Estudiantes de Odontopediatría



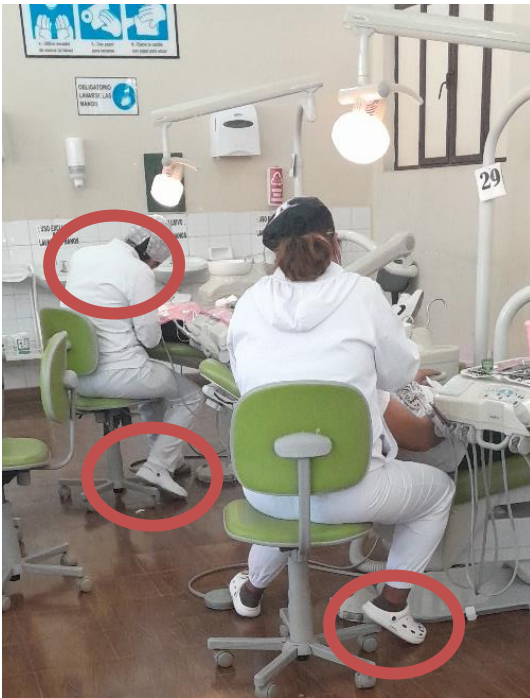


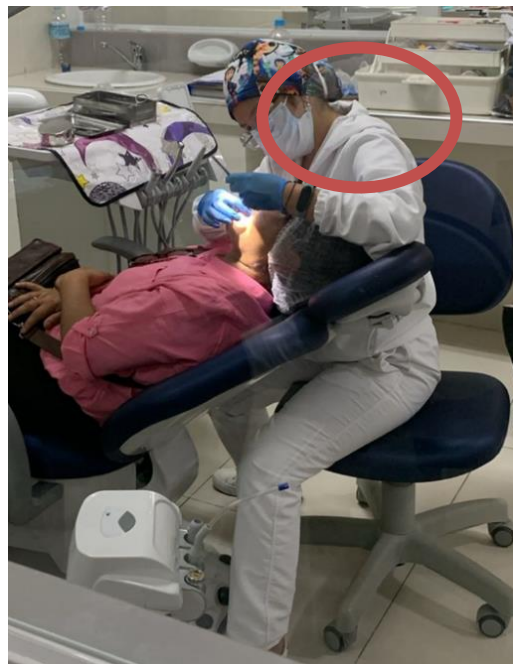
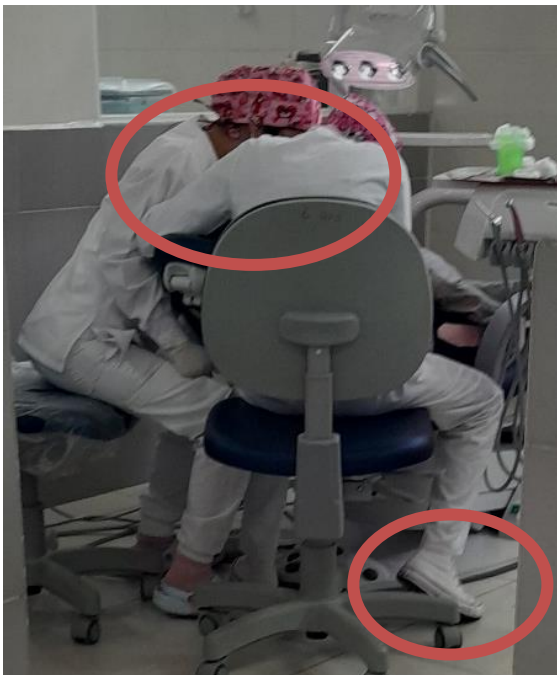




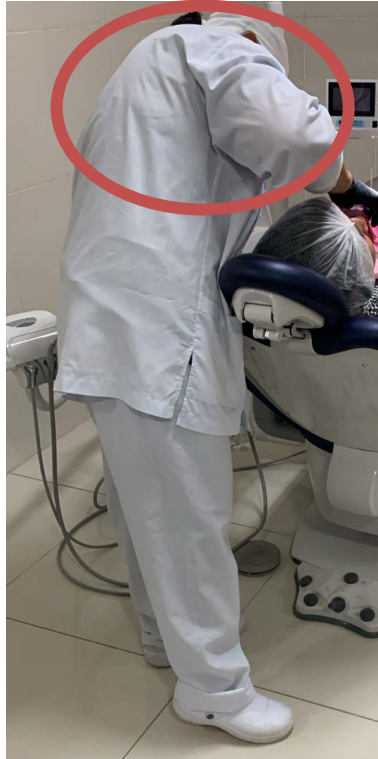


Estudiantes de la clínica de Operatoria

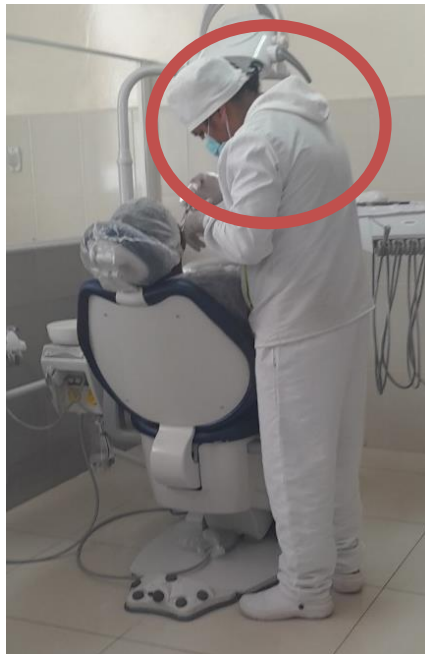
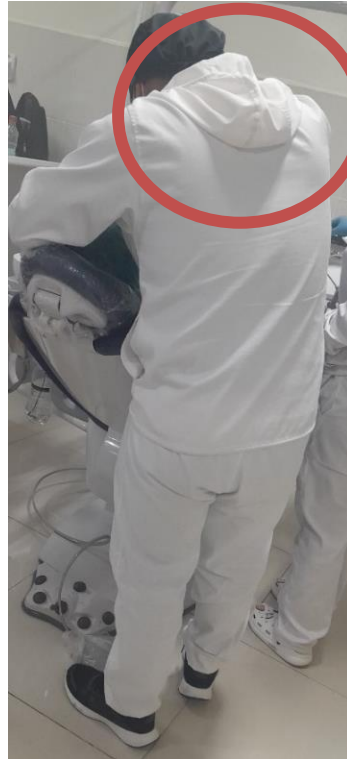
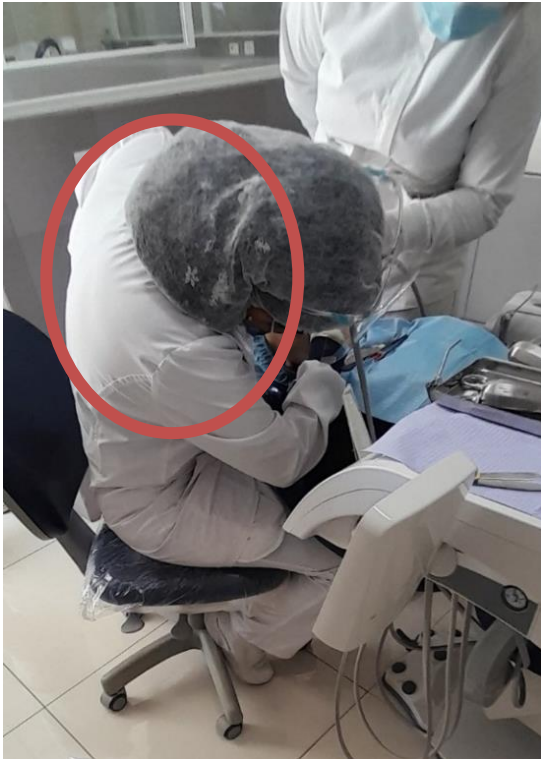


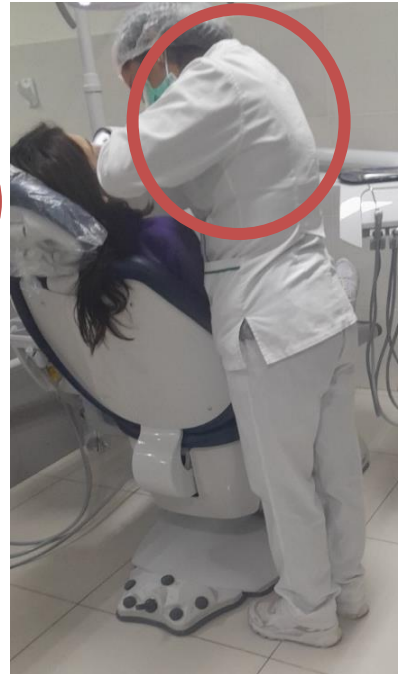




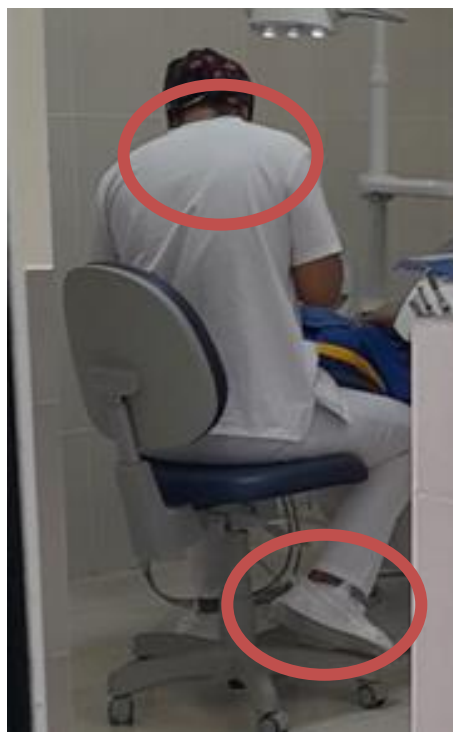
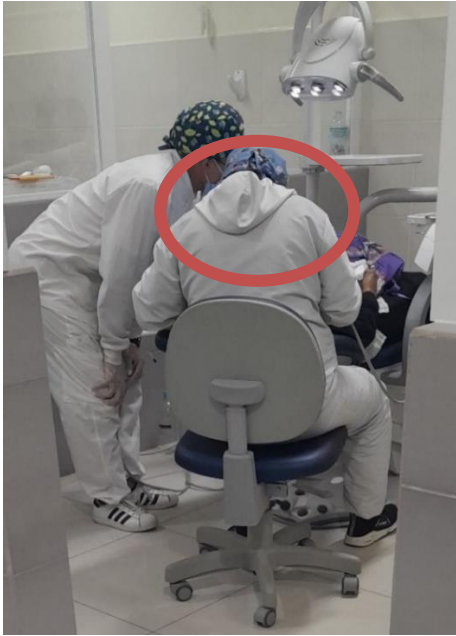


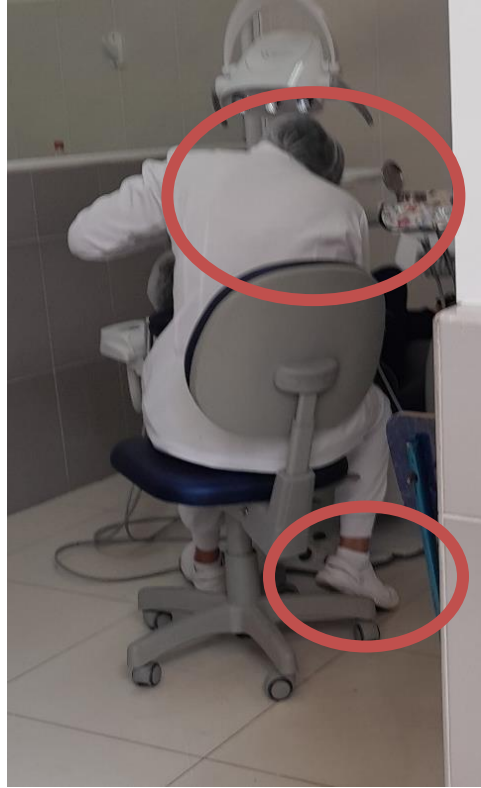
Estudiantes de la clínica de cirugía



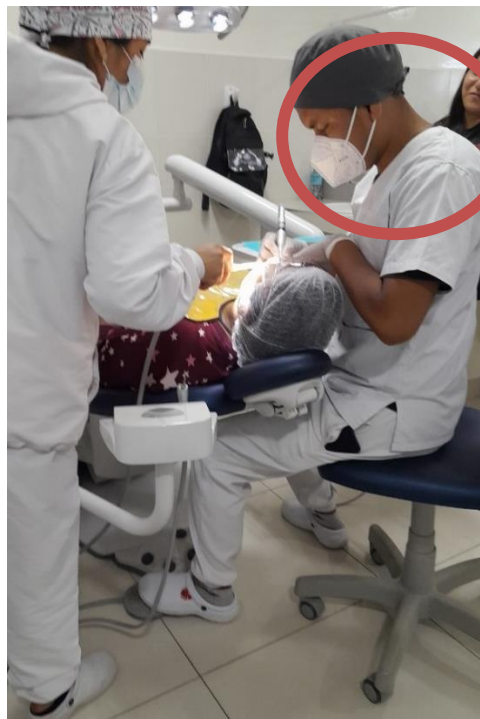


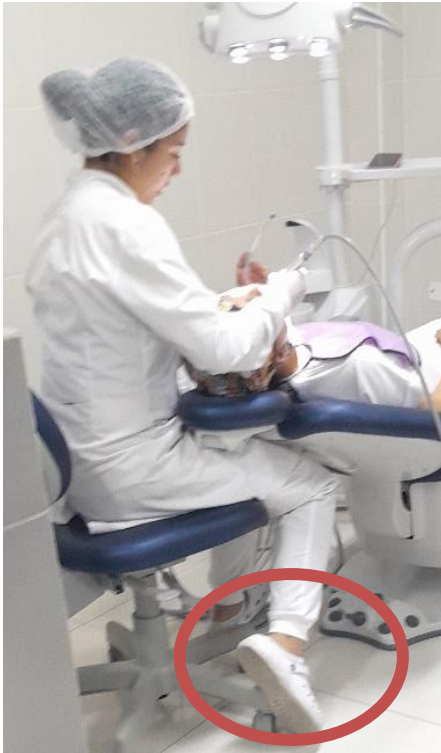
Estudiantes de la clínica de Prostodoncia Fija





Estudiantes de la clínica de Periodoncia





Estudiantes de la clínica de prostodoncia Removible



Estudiantes de la clínica de Ortodoncia



Buenas posturas



Investigación de Odontología

UAJMS

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Correo electrónico *

2. 1.- Eres *

Marca solo un óvalo.

☐ Hombre

☐ Mujer

3. 2.- ¿Cuántos años tienes? *

4. 3.- ¿En que curso estas? *

Marca solo un óvalo.

☐ 4to Año

☐ 5to Año

5. 4.- ¿Cuál es tu mano dominante? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Derecha
☐ Izquierda
☐ Ambas

6. 5.- ¿Que entiendes por Ergonomía? *

7. 6.- ¿Crees que una mala postura puede dañar tu salud? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No

8. 7.- ¿Crees que utilizamos buenas posturas en la facultad de Odontología? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No

9. 8.- ¿En que clínicas sientes que no tenemos una buena postura ?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Operatoria
- ☐ Odontopediatría
- ☐ Cirugía
- ☐ Periodoncia
- ☐ Prótesis Removable
- ☐ Ortodoncia
- ☐ Prótesis Fija
- ☐ Todas

10. 9.- En lo que vas en la carrera de Odontología tuviste algún tipo de dolor ya sea de *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Años
- ☐ Meses
- ☐ Días
- ☐ Horas

11. 10.- ¿Presentas molestias o tuviste algún dolor debido a tus prácticas en clínicas *
en los últimos 6 meses?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

12. 11.- Sientes algún tipo de molestias o dolor en lugares específicos *  Dropdown

Marca solo un óvalo.

- ☐ Casa
- ☐ Clinicas
- ☐ Ninguno

13. 12.- ¿Presentas dolor por trabajar en algunas clínicas, cuales? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Cirugía
- ☐ Prótesis Removible
- ☐ Periodoncia
- ☐ Prótesis Fija
- ☐ Odontopediatría
- ☐ Operatoria
- ☐ Ortodoncia
- ☐ Ninguna
- ☐ Todas

14. 13.- Recibes algún tipo de tratamiento *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No