



HCHS/SOL Oral Health Questionnaire_ Spanish

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: OHS
VERSION: A 12/05/07

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

Acrostic:

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

--	--	--

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

A. Natural Teeth

1. ¿Tiene usted alguno de sus dientes naturales?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
Sí 1 ☐

2. ¿Con qué frecuencia limita usted la cantidad de alimentos que come debido a los problemas con sus dientes? ¿Diría usted:

Siempre	1	☐
Con mucha frecuencia	2	☐
Con frecuencia	3	☐
Algunas veces	4	☐
Rara vez	5	☐
Nunca	6	☐
Rehusó	7	☐
No sabe	9	☐

3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido o tiene en la actualidad:

	No	Sí
a. Dolor de diente(s) o muela(s)	0 ☐	1 ☐
b. Sangrado de las encías	0 ☐	1 ☐
c. Dolor en su cara	0 ☐	1 ☐
d. Dolor en la articulación de su mandíbula	0 ☐	1 ☐
e. Llagas en su boca	0 ☐	1 ☐
f. Dificultad para masticar	0 ☐	1 ☐
g. Dificultad para sentir los sabores	0 ☐	1 ☐
h. Dificultad al tragar	0 ☐	1 ☐
i. Mal aliento	0 ☐	1 ☐
j. Mal sabor en la boca	0 ☐	1 ☐
k. Boca seca al comer	0 ☐	1 ☐
l. Boca seca al dormir	0 ☐	1 ☐
m. Otro dolor en su boca (que no sea dolor de diente(s) o muela(s))	0 ☐	1 ☐

4. ¿Piensa o cree usted que necesita tratamiento dental en este momento?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 6**
Sí 1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: OHS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

5. ¿Qué tipo de cuidado dental necesita ahora?

	No	Sí
a. Limpieza o un examen	0 ☐	1 ☐
b. Empaste dental o reemplazo de dientes (por ejemplo, empastes, coronas y/o puentes)	0 ☐	1 ☐
c. Extracción de dientes	0 ☐	1 ☐
d. Tratamiento de encías	0 ☐	1 ☐
e. Diente(s) postizo(s) nuevo(s) o reemplazo de diente(s) postizo(s)	0 ☐	1 ☐
f. Reparación de dentadura postiza	0 ☐	1 ☐
g. Alivio de dolor	0 ☐	1 ☐
h. Arreglos para mejorar la apariencia (por ejemplo, frenos, unión o blanqueo de dientes)	0 ☐	1 ☐
i. Otro	0 ☐	1 ☐
<i>Sí otro, por favor especifique: _____</i>		
j. No sabe	0 ☐	1 ☐

6. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un dentista? Incluya todos los tipos de dentistas, como por ejemplo, ortodoncistas, cirujanos orales y otros especialistas en dientes, tales como higienistas dentales. (Mark only one)

6 meses o menos	1 ☐	→ GO TO QUESTION 8
Más de 6 meses pero no hace más de 1 año	2 ☐	→ GO TO QUESTION 8
Más de 1 año pero no hace más de 2 años	3 ☐	
Más de 2 años pero no hace más de 3 años	4 ☐	
Más de 3 años pero no hace más de 5 años	5 ☐	
Hace más de 5 años	6 ☐	
No ha visitado a un dentista nunca	7 ☐	
Rehusó	8 ☐	
No sabe	9 ☐	

7. ¿Cuáles son las razones por las que no ha visitado a un dentista en más de 12 meses / no ha ido nunca a un dentista?

	No	Sí
a. Miedo	0 ☐	1 ☐
b. Nervios	0 ☐	1 ☐
c. Agujas	0 ☐	1 ☐
d. Costo	0 ☐	1 ☐
e. No conoce a ningún dentista	0 ☐	1 ☐
f. El consultorio del dentista le queda muy lejos	0 ☐	1 ☐
g. No puede encontrar a un dentista que hable español	0 ☐	1 ☐
h. No puede llegar allí	0 ☐	1 ☐
i. No hay problemas	0 ☐	1 ☐
j. No tiene dientes	0 ☐	1 ☐
k. No es importante	0 ☐	1 ☐
l. No pensó en eso	0 ☐	1 ☐
m. Otro	0 ☐	1 ☐
<i>Sí otro, por favor especifique: _____</i>		
n. No sabe	0 ☐	1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: OHS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

8. ¿Alguna vez le han hecho algún examen para detectar cáncer de la boca en el cual el doctor o el dentista le jala la lengua, envolviéndola con una gasa y le toca debajo de la lengua y adentro de las mejillas?

- Creo que sí 1 ☐
 Sí 2 ☐
 No 3 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
 No sabe, no estoy seguro(a) 9 ☐ → **GO TO QUESTION 18**

9. ¿Cuándo tuvo su examen más reciente para detectar cáncer de la boca?

- En el último año 1 ☐
 Entre 1 y 3 años atrás 2 ☐
 Hace más de 3 años 3 ☐

GO TO SECTION C, QUESTION 18

B. Edentulous Questions

10. ¿Con qué frecuencia limita usted la cantidad de alimentos que come debido a los problemas con su dentadura postiza? ¿Diría usted:

- Siempre 1 ☐
 Con mucha frecuencia 2 ☐
 Con frecuencia 3 ☐
 Algunas veces 4 ☐
 Rara vez 5 ☐
 Nunca 6 ☐
 Rehusó 7 ☐
 No sabe 9 ☐

11. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido o tiene en la actualidad:

- | | No | Sí |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Sangrado de las encías | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. Dolor en su cara | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. Dolor en la articulación de su mandíbula | 0 ☐ | 1 ☐ |
| d. Llagas en la boca | 0 ☐ | 1 ☐ |
| e. Dificultad para masticar | 0 ☐ | 1 ☐ |
| f. Dificultad para sentir los sabores | 0 ☐ | 1 ☐ |
| g. Dificultad para al tragar | 0 ☐ | 1 ☐ |
| h. Mal aliento | 0 ☐ | 1 ☐ |
| i. Mal sabor en la boca | 0 ☐ | 1 ☐ |
| j. Boca seca al comer | 0 ☐ | 1 ☐ |
| k. Boca seca al dormir | 0 ☐ | 1 ☐ |
| l. Otro dolor en su boca (que no sea dolor de diente o muela) | 0 ☐ | 1 ☐ |

12. ¿Piensa o cree usted que necesita tratamiento dental en este momento?

- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
 Sí 1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: OHS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

13. ¿Qué tipo de cuidado dental necesita ahora?

	No	Sí
a. Tratamiento de encías	0 ☐	1 ☐
b. Diente(s) postizo(s) nuevo(s) o reemplazo de diente(s) postizo(s)	0 ☐	1 ☐
c. Reparación de dentadura postiza	0 ☐	1 ☐
d. Alivio de dolor	0 ☐	1 ☐
e. Otro	0 ☐	1 ☐
<i>Sí otro, por favor especifique:</i> _____		
f. No sabe	0 ☐	1 ☐

14. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un dentista? Incluya todos los tipos de dentistas. (Mark only one)

6 meses o menos	1 ☐	→ GO TO QUESTION 16
Más de 6 meses pero no hace más de 1 año	2 ☐	→ GO TO QUESTION 16
Más de 1 año pero no hace más de 2 años	3 ☐	
Más de 2 años pero no hace más de 3 años	4 ☐	
Más de 3 años pero no hace más de 5 años	5 ☐	
Hace más de 5 años	6 ☐	
No ha visitado a un dentista nunca	7 ☐	
Rehusó	8 ☐	
No sabe	9 ☐	

15. ¿Cuáles son las razones por las que no ha visitado a un dentista en más de 12 meses / no ha visitado nunca un dentista?

	No	Sí
a. Miedo	0 ☐	1 ☐
b. Nervios	0 ☐	1 ☐
c. Agujas	0 ☐	1 ☐
d. Costo	0 ☐	1 ☐
e. No conoce a ningún dentista	0 ☐	1 ☐
f. El consultorio del dentista le queda muy lejos	0 ☐	1 ☐
g. No puede encontrar a un dentista que hable español	0 ☐	1 ☐
h. No puede llegar allí	0 ☐	1 ☐
i. No tiene problemas	0 ☐	1 ☐
j. No tiene dientes	0 ☐	1 ☐
k. No es importante	0 ☐	1 ☐
l. No pensó en eso	0 ☐	1 ☐
m. Otro	0 ☐	1 ☐
<i>Sí otro, por favor especifique:</i> _____		
n. No sabe	0 ☐	1 ☐

16. ¿Alguna vez le han hecho algún examen para detectar cáncer de la boca en el cual el doctor o el dentista le jala la lengua, envolviéndola con una gasa y le toca debajo de la lengua y adentro de las mejillas?

Creo que sí	1 ☐
Sí	2 ☐
No	3 ☐
No sabe, no estoy seguro(a)	9 ☐

→ **GO TO QUESTION 18**

→ **GO TO QUESTION 18**

ID NUMBER:								FORM CODE: OHS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

17. ¿Cuándo tuvo su examen más reciente para detectar cáncer de la boca?

- | | | |
|------------------------|---|--------------------------|
| En el último año | 1 | ☐ |
| Entre 1 y 3 años atrás | 2 | ☐ |
| Hace más de 3 años | 3 | ☐ |

C. Problem with Teeth, Mouth, or Dentures

18. Durante el último mes, ¿ha tenido usted dificultad en hacer sus trabajos usuales o de asistir a la escuela debido a los problemas con sus dientes, boca o dentadura postiza?

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------|
| Siempre | 1 | ☐ |
| Con mucha frecuencia | 2 | ☐ |
| Con frecuencia | 3 | ☐ |
| Algunas veces | 4 | ☐ |
| Rara vez | 5 | ☐ |
| Nunca | 6 | ☐ |
| Rehusó | 7 | ☐ |
| No sabe | 9 | ☐ |