

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 05 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-XXXX). Do not return the completed form to this address.



HCHS/SOL Oral Health Questionnaire_ Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: OHS
VERSION: A 7/19/07

Contact Occasion SEQ #

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: For each question, mark the appropriate response. Unless instructed, mark **ONLY** one response.

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	<input type="checkbox"/>
Con mucha frecuencia	2	<input type="checkbox"/>
Con frecuencia	3	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	4	<input type="checkbox"/>
Rara vez	5	<input type="checkbox"/>
Nunca	6	<input type="checkbox"/>
Rehusó	7	<input type="checkbox"/>
No sabe	9	<input type="checkbox"/>

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

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

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 07/19/07

Contact
Occasion

		SEQ #		
--	--	-------	--	--

5. ¿Qué tipo de cuidado dental necesita ahora? (Mark all that apply)

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

6. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un(a) 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 → **GO TO QUESTION 8**
- Más de 6 meses pero no hace más de 1 año → **GO TO QUESTION 8**
- Más de 1 año pero no hace más de 2 años
- Más de 2 años pero no hace más de 3 años
- Más de 3 años pero no hace más de 5 años
- Hace más de 5 años
- No ha visitado a un(a) dentista nunca
- Rehusó
- No sabe

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

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

8. ¿Alguna vez le han hecho alguna prueba {/algún examen} para detectar cáncer de la boca en el cual el/la doctor(a) o el/la dentista le jala la lengua, a veces con una gasa alrededor de ella, y le toca debajo de la lengua y por dentro de sus 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 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 sus 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 | Yes |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Sangrado de las encías | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Dolor en su cara | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Dolor en la articulación de su mandíbula | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Llagas en la boca | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Dificultad para masticar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Dificultad para sentir los sabores | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Dificultad para al tragar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Mal aliento | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Mal sabor en la boca | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. Boca seca al dormir | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. Boca seca al dormir | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| l. Otro dolor en su boca (que no sea dolor de diente o muela) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

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 07/19/07

Contact
Occasion

		SEQ #		
--	--	-------	--	--

13. ¿Qué tipo de cuidado dental necesita ahora? (Mark all that apply)

- a. Tratamiento de encías
 - b. Diente(s) postizo(s) nuevo(s) o reemplazo de diente(s) postizo(s)
 - c. Reparación de dentadura postiza
 - d. Alivio de dolor
 - e. Otro
 - f. No sabe
- Sí otro, por favor especifique:* _____

14. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un(a) ? 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(a) dentista nunca 7
- Rehusó 8
- No sabe 9

15. ¿Cuáles son las razones por las que no ha visitado a un(a) dentista en más de 12 meses / no ha visitado nunca un(a) dentista? (Mark all that apply)

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

16. ¿Alguna vez le han hecho alguna prueba {/algún examen} para detectar cáncer de la boca en el cual el/la doctor(a) o el/la dentista le jala la lengua, a veces con una gasa alrededor de ella, y le toca debajo de la lengua y por dentro de sus mejillas?

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

ID NUMBER:									FORM CODE: OHS VERSION: A 07/19/07	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 los últimos 6 meses, ¿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