



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 (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 2/28/2011

HCHS/SOL Oral Health Questionnaire_ Spanish

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Contact Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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 <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 12/05/07

Contact
Occasion

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

5. ¿Qué tipo de cuidado dental necesita ahora?

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

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 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 8 |
| Más de 6 meses pero no hace más de 1 año | 2 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 8 |
| Más de 1 año pero no hace más de 2 años | 3 <input type="checkbox"/> | |
| Más de 2 años pero no hace más de 3 años | 4 <input type="checkbox"/> | |
| Más de 3 años pero no hace más de 5 años | 5 <input type="checkbox"/> | |
| Hace más de 5 años | 6 <input type="checkbox"/> | |
| No ha visitado a un dentista nunca | 7 <input type="checkbox"/> | |
| Rehusó | 8 <input type="checkbox"/> | |
| No sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

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

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 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Diente(s) postizo(s) nuevo(s) o reemplazo de diente(s) postizo(s) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Reparación de dentadura postiza | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Alivio de dolor | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| <i>Sí otro, por favor especifique: _____</i> | | |
| f. No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 16 |
| Más de 6 meses pero no hace más de 1 año | 2 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 16 |
| Más de 1 año pero no hace más de 2 años | 3 <input type="checkbox"/> | |
| Más de 2 años pero no hace más de 3 años | 4 <input type="checkbox"/> | |
| Más de 3 años pero no hace más de 5 años | 5 <input type="checkbox"/> | |
| Hace más de 5 años | 6 <input type="checkbox"/> | |
| No ha visitado a un dentista nunca | 7 <input type="checkbox"/> | |
| Rehusó | 8 <input type="checkbox"/> | |
| No sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

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

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 <input type="checkbox"/> | |
| Sí | 2 <input type="checkbox"/> | |
| No | 3 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 18 |
| No sabe, no estoy seguro(a) | 9 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 18 |

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

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