



**CENTRO DE APS N°**

## Encuesta Social

**N° de Encuesta:** .....

### 1.- GÉNERO:

- ☐ Femenino  
☐ Masculino  
☐ No especifica

### 2.- EDAD:

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> o a 15 años  | <input type="checkbox"/> 46 a 60 años |
| <input type="checkbox"/> 16 a 30 años | <input type="checkbox"/> 61 a 75 años |
| <input type="checkbox"/> 31 a 45 años | <input type="checkbox"/> + 76 años    |

### 3.- PAÍS DE ORIGEN:

- ☐ Argentina  
☐ Otro ¿Cuál? .....  
☐ Ns/Nc

### 4.- NIVEL DE ESTUDIOS:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primarios Completos (PC)      | <input type="checkbox"/> Primarios Incompletos (PI)      |
| <input type="checkbox"/> Secundarios Completos (SC)    | <input type="checkbox"/> Secundarios Incompletos (SI)    |
| <input type="checkbox"/> Terciarios Completos (TC)     | <input type="checkbox"/> Terciarios Incompletos (TI)     |
| <input type="checkbox"/> Universitarios Completos (UC) | <input type="checkbox"/> Universitarios Incompletos (UI) |

### 5.- SITUACIÓN LABORAL:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ocupado               | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Sub-ocupado           | <input type="checkbox"/> Estudiante  |
| <input type="checkbox"/> Jubilado o pensionado | <input type="checkbox"/> Ns/Nc       |

### 6.- ¿CUÁNTAS PERSONAS HABITAN EN SU HOGAR?

- |                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 o más |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> Ns/Nc   |
| <input type="checkbox"/> 3 |                                  |

### 7.- ¿QUÉ SERVICIOS POSEE EN SU HOGAR?

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agua corriente | <input type="checkbox"/> Cloacas    | <input type="checkbox"/> Internet                |
| <input type="checkbox"/> Agua de pozo   | <input type="checkbox"/> Pozo ciego | <input type="checkbox"/> Recolección de residuos |
| <input type="checkbox"/> Gas de red     | <input type="checkbox"/> Letrina    | <input type="checkbox"/> Barrido y limpieza      |
| <input type="checkbox"/> Gas envasado   | <input type="checkbox"/> Luz        | <input type="checkbox"/> Alumbrado público       |

**8.- ¿TIENE OBRA SOCIAL?**

---

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Ns/Nc

**9.- ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES RECIBIÓ ATENCIÓN ODONTOLÓGICA?**

---

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Ns/Nc

**10.- MOTIVO DE LA MISMA:**

---

- ☐ Prevención  
☐ Control  
☐ Urgencia  
☐ Otros motivos

**11.- ¿DÓNDE REALIZÓ EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO?**

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital            | <input type="checkbox"/> Unidad sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Facultad            | <input type="checkbox"/> Otros            |
| <input type="checkbox"/> Consultorio privado | <input type="checkbox"/> Ns/Nc            |

**12.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONCURRE A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA?**

---

- ☐ 1 a 3 meses  
☐ 6 meses  
☐ 1 año o más  
☐ Ns/Nc

**13.- ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA CEPILLA SUS DIENTES?**

---

- ☐ Nunca  
☐ 1 vez  
☐ 2 veces  
☐ 3 o más veces  
☐ Ns/Nc

**14.- ¿UTILIZA ALGÚN ACCESORIO PARA LA HIGIENE BUCAL?**

---

- ☐ Hilo dental  
☐ Enjuague bucal  
☐ Cepillos interdetales  
☐ Ns/Nc

**15.- ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL?**

---

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Ns/Nc

**16.- ¿CONOCE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA QUE BRINDA LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA EN LA ZONA?**

---

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Ns/Nc