

## Cuestionario sobre muestras de enjuague bucal

[SrvMtW\_MODULEINTRO\_v1r0] Tenemos algunas preguntas sobre usted y sus antecedentes de salud bucal. Esta información nos ayudará a comprender más a fondo su estado de salud actual y cómo se relaciona con la muestra de enjuague bucal (saliva) que donó.

### Obtención de datos sobre enjuagues bucales

[SrvMtW\_MODULEINTRO\_v1r0] Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted y sus antecedentes de salud bucodental. Esta información nos ayudará a entender mejor su estado de salud actual y cómo se relaciona este con la muestra de enjuague bucal (saliva) que donó.

1. [SrvMtW\_ORALHLTH\_v1r0] En general, ¿cómo calificaría su salud de los dientes y las encías?

0	Excelente
1	Muy buena
2	Buena
3	Regular
4	Mala
77	No sé
  
2. [SrvMtW\_MWBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿se lavó los dientes?

1	Sí
0	No
  
3. [SrvMtW\_RINSEBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿se enjuagó la boca?

1	Sí
0	No
  
4. [SrvMtW\_GUMBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿masticó chicle?

1	Sí
0	No
  
5. [SrvMtW\_TOBACCOBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿fumó, vapeó o masticó algún producto (incluso tabaco)?

1	Sí
0	No

## Productos de higiene bucodental

6. [SrvMtW\_HYGIENE\_v1r0] Ahora le haremos algunas preguntas sobre su salud bucodental y su rutina que nos ayudarán a entender mejor su muestra de enjuague bucal (saliva).

El **mes pasado**, ¿cuál de estos productos de higiene bucodental usó? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 [SrvMtW\_BRUSH1\_v1r0] Cepillo de dientes
- 1 [SrvMtW\_FLOSS1\_v1r0] Hilo dental
- 2 [SrvMtW\_WTRPICK1\_v1r0] Dispositivo de limpieza dental con chorros de agua
- 3 [SrvMtW\_TONGUE1\_v1r0] Limpiador o raspador de lengua
- 4 [SrvMtW\_WHITE1\_v1r0] Blanqueadores dentales (tiras, etc.)
- 5 [SrvMtW\_MW1\_v1r0] Enjuague bucal

7. [SrvMtW\_BRUSH2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un cepillo de dientes?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

8. [SrvMtW\_FLOSS2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó hilo dental?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

9. [SrvMtW\_WTRPICK2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un dispositivo de limpieza dental con chorros de agua?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

10. [SrvMtW\_TONGUE2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un limpiador o raspador de lengua?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana

- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

11. [SrvMtW\_WHITE2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó blanqueadores dentales (como tiras blanqueadoras)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

### Productos de enjuague bucal

12. [SrvMtW\_MWUSE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿cuál de estos productos de enjuague bucal usó? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 [SrvMtW\_MWALC1\_v1r0] Enjuague bucal a base de alcohol (como Scope® o LISTERINE®)
- 1 [SrvMtW\_MWALCFREE1\_v1r0] Enjuague bucal sin alcohol (como LISTERINE® Zero)
- 2 [SrvMtW\_MWCHLOR1\_v1r0] Enjuague bucal con clorhexidina (como Peridex™, PerioGard® o Paroex®)
- 3 [SrvMtW\_MWFLUORIDE1\_v1r0] Enjuague bucal con flúor (como ACT®)
- 4 [SrvMtW\_MWPEROX1\_v1r0] Enjuague bucal con agua oxigenada (como Colgate® Peroxyl® Mouth Sore Rinse)
- 5 [SrvMtW\_MWCETYL1\_v1r0] Enjuague bucal con cloruro de cetilpiridinio (como Crest® Pro-Health)
- 6 [SrvMtW\_MWSENSITIVE1\_v1r0] Enjuague bucal para dientes sensibles (como Sensodyne®)
- 7 [SrvMtW\_MWDRY1\_v1r0] Enjuague bucal para sequedad de boca (como biotène®)

13. [SrvMtW\_MWALC\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal a base de alcohol (como Scope® o LISTERINE®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

14. [SrvMtW\_MWALCFREE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal sin alcohol (como LISTERINE® Zero)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana

- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

15. [SrvMtW\_MWCHLOR\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con clorhexidina (como Peridex™, PerioGard® o Paroex®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

16. [SrvMtW\_MWFLUORIDE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con flúor (como ACT®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

17. [SrvMtW\_MWPEROX\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con agua oxigenada (como Colgate® Peroxyl® Mouth Sore Rinse)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

18. [SrvMtW\_MWCETYL\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con cloruro de cetilpiridinio (como Crest® Pro- Health)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

19. [SrvMtW\_MWSENSITIVE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal para dientes sensibles (como Sensodyne®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana

- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

20. [SrvMtW\_MWDRY\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal para sequedad de boca (como biotène®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

### Falta de dientes permanentes

21. [SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0] ¿Le falta alguno de los dientes o muelas permanentes (sin incluir coronas ni muelas del juicio)? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 1 Sí, por accidente o lesión
- 2 Sí, por caries o enfermedad
- 3 Sí, por algún otro motivo
- 0 No

22. [SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v2r0] ¿Cuántos dientes o muelas le faltan por algún accidente o lesión? No incluya coronas ni muelas del juicio.

- 0 Uno
- 1 De 2 a 4
- 2 De 5 a 9
- 3 Diez o más
- 4 Más de uno, pero no estoy seguro de cuántos
- 77 No sé

23. [SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0] ¿Cuántos dientes o muelas le faltan por caries o enfermedad? No incluya coronas ni muelas del juicio.

- 0 Uno
- 1 De 2 a 4
- 2 De 5 a 9
- 3 Diez o más
- 4 Más de uno, pero no estoy seguro de cuántos
- 77 No sé

24. [SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0] ¿Cuántos dientes o muelas le faltan por motivos distintos a caries, enfermedad, accidente o lesión? No incluya coronas ni muelas del juicio.

- 0 Uno
- 1 De 2 a 4

- 2 De 5 a 9
- 3 Diez o más
- 4 Más de uno, pero no estoy seguro de cuántos
- 77 No sé

25. [SrvMtW\_DENTURES\_v1r0] ¿Usa actualmente algún tipo de prótesis o aparato dental?  
Seleccione todos los que tenga.

- 1 Puente dental
- 2 Dentadura postiza parcial
- 3 Dentadura postiza completa
- 4 Implantes dentales
- 55 Otro
- 0 No, no tengo prótesis ni aparatos dentales
- 77 No sé

### Salud bucodental

26. [SrvMtW\_DENTALCLEAN\_v1r0] ¿Cuándo fue la última vez que un dentista o un higienista dental le hizo una limpieza dental?

- 0 En el último mes
- 1 Hace más de un mes, pero en los últimos seis meses
- 2 Hace más de seis meses, pero en el último año
- 3 Hace más de 1 año, pero en los últimos 2 años
- 4 Hace más de 2 años
- 77 No sé

27. [SrvMtW\_CAVITY\_v1r0] ¿Ha tenido caries alguna vez en uno de los dientes permanentes?  
Incluya las caries radiculares, que son caries en la raíz del diente.

- 1 Sí
- 0 No
- 77 No sé

28. [SrvMtW\_GUMDISEASE\_v1r0] ¿Le ha dicho alguna vez un dentista que tiene enfermedad de las encías (enfermedad periodontal)?

- 1 Sí
- 0 No
- 77 No sé

29. [SrvMtW\_GUMTX\_v1r0] ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para la enfermedad de las encías, como el raspado [del sarro] o el alisado de la raíz, a veces llamado “limpieza profunda”?

- 1 Sí
- 0 No
- 77 No sé

30. [SrvMtW\_ANTIBIO\_v1r0] En los **últimos dos meses**, ¿tomó algún antibiótico? Los antibióticos más frecuentes son azitromicina (como Zithromax®/Z-Paks®), penicilina (como Pfizerpen® o Pen-Vee K®) y amoxicilina (como Amoxil®) y se suelen usar para tratar infecciones.

- 1      Sí
- 0      No
- 77     No sé

31. [SrvMtW\_ANTIBIOTIME\_v1r0] ¿Cuándo tomó antibióticos por última vez?

- 0      En las últimas 24 horas
- 1      Hace más de 24 horas, pero en la última semana
- 2      Hace más de una semana, pero en las últimas cuatro semanas
- 3      Hace más de cuatro semanas

Respondió a todas las preguntas de este cuestionario. Para enviar sus respuestas, seleccione el botón “Enviar cuestionario” [“Submit Survey”].