

## Cuestionario sobre muestras de sangre, orina y enjuague bucal

[SrvBio\_MODULEINTRO\_v1r0] Gracias por participar en el estudio *Connect* y por donar sus muestras. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted y sus antecedentes médicos. Esta información nos ayudará a entender mejor su estado de salud y cómo se relaciona este con las muestras que donó. Si no está seguro de alguna respuesta, dé su mejor aproximación.

1. [SrvBio\_SEX\_v2r1] Algunas preguntas en este cuestionario tratarán sobre su salud reproductiva, incluso su ciclo menstrual (si tiene menstruaciones) y su uso de métodos anticonceptivos. Queremos hacerle preguntas que tengan sentido para usted. ¿Cuál es su sexo?

0 Femenino  
1 Masculino

2. [SrvBio\_SYMPTDAY\_v1r0] ¿En las 24 horas anteriores a la donación de sus muestras, tuvo alguno de los siguientes síntomas? Seleccione todas las opciones que correspondan.

0 [SrvBio\_COUGHDAY\_v1r0] Tos  
1 [SrvBio\_DIARRDAY\_v1r0] Diarrea  
2 [SrvBio\_NOSEDAY\_v1r0] Nariz tapada (también llamada congestión nasal)  
3 [SrvBio\_VOMITDAY\_v1r0] Náuseas o ganas de vomitar  
4 [SrvBio\_FEVERDAY\_v1r0] Fiebre  
88 [SrvBio\_NOSYMPTDAY\_v1r0] No, no tuve ninguno de estos síntomas

3. [SrvBio\_EATDRINKBEFORE\_v1r0] ¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo (que no fuera agua) antes de donar sus muestras?

0 El mismo día  
1 El día anterior  
2 Hace más de un día → **GO TO SrvBio\_SLEEPTIME\_v1r0**

4. [SrvBio\_EATDRINKTIME\_v1r0] ¿Aproximadamente a qué hora comió o bebió algo (que no fuera agua) por última vez antes de donar sus muestras? Seleccione su respuesta en la siguiente lista desplegable. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para introducir su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

5. [SrvBio\_SLEEPTIME\_v1r0] ¿A qué hora se fue a dormir la noche anterior a la donación de sus muestras? Seleccione su respuesta en la siguiente lista desplegable. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para introducir su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

6. [SrvBio\_WAKETIME\_v1r0] ¿A qué hora se despertó el día en que donó sus muestras? Seleccione su respuesta en la siguiente lista desplegable. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para introducir su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

**[SrvBIU\_MED\_v1r0] Medicamentos**

7. [GRID\_SrvBLU\_MED1\_V1R0] ¿Ha tomado alguno de estos medicamentos en el último mes? Si responde que sí, indique la última vez que tomó cada tipo de medicamento antes de donar sus muestras. Si no está seguro de alguna respuesta, dé su mejor aproximación.

<i>[Radio button grid, select one each row]</i>	0 No	1 Sí, en el último día	2 Sí, en los últimos dos días	3 Sí, en la última semana	4 Sí, en el último mes
[SrvBIU_TYLENOL_v2r0] Tylenol® (acetaminofén)					
[SrvBIU_NSAIDS_v2r0] Antiinflamatorios no esteroideos o AINE [como aspirina, Advil® (ibuprofeno), Aleve® (naproxeno)]					
[SrvBIU_ACID_v1r0] Antiácidos, es decir, medicamentos que disminuyen la acidez estomacal [como Prilosec®, Prevacid®, Protonix®, Aciphex®, omeprazol, Nexium®, Tagamet®, Zantac®]					

**[DISPLAY SrvBIU\_REPROINTRO\_v1r0 IF (SrvBio\_SEX\_v2r1= 0),  
ELSE, GO TO END]**

**[SrvBIU\_REPROINTRO\_v1r0] Salud reproductiva**

Las siguientes preguntas tratan sobre sus menstruaciones, si está embarazada y el uso de métodos anticonceptivos. Sus respuestas nos ayudarán a entender en qué momento de su ciclo menstrual se encontraba su cuerpo cuando donó las muestras. Tal vez respondió a algunas preguntas como estas en otro cuestionario, pero las siguientes preguntas tratan sobre su estado el día en que donó sus muestras.

8. [SrvBIU\_MENSTPRD\_v2r0] ¿Tuvo alguna menstruación en los **últimos 12 meses**? **No** considere la metrorragia intermenstrual (también conocida como sangrado) como parte del ciclo menstrual.

0 No → **GO TO SrvBIU\_PREGNANT\_v1r0**  
1 Sí

9. [SrvBIU\_MENST60\_v2r0] ¿Tuvo alguna menstruación en los **últimos 60 días**? **No** considere la metrorragia intermenstrual (también conocida como sangrado) como parte del ciclo menstrual.

0 No → **GO TO SrvBIU\_PREGNANT\_v1r0**  
1 Sí

10. [SrvBIU\_MENSTART\_v2r0] ¿En qué fecha inició su menstruación más reciente (el primer día en que vio sangre)? **No** considere la metrorragia intermenstrual (también conocida como sangrado) como parte del ciclo menstrual. Si no está segura o no lo recuerda, dé su mejor aproximación.

*[this question requires a response]*

MM/DD/AAAA

11. [SrvBIU\_PREGNANT\_v1r0] ¿Está embarazada actualmente?

- 0 No
- 1 Sí → **GO TO SrvBIU\_BRSTFD\_v1r0**

12. [SrvBIU\_PREG3MON\_v1r0] ¿Ha estado embarazada en los últimos **tres meses**?

- 0 No
- 1 Sí

13. [SrvBIU\_BRSTFD\_v1r0] ¿Amamanta actualmente?

- 0 No
- 1 Sí → **GO TO SrvBIU\_CONTRACEPT\_v1r0**

14. [SrvBIU\_BRSTFD3MON\_v1r0] ¿Amamantó en los últimos **tres meses**?

- 0 No
- 1 Sí

**[DISPLAY SrvBIU\_CONTRACEPT\_v1r0 IF (SrvBIU\_PREGNANT\_v1r0= 0),  
ELSE, GO TO END]**

15. [SrvBIU\_CONTRACEPT\_v1r0] En el **mes pasado**, ¿usó métodos anticonceptivos hormonales? Estos tipos de métodos incluyen los anticonceptivos orales (“la píldora”), las inyecciones, los implantes, los parches cutáneos, los anillos vaginales y los dispositivos intrauterinos hormonales (DIU).

- 0 No
- 1 Sí

16. [SrvBIU\_HORMONE\_v1r0] En el **mes pasado**, ¿usó terapia hormonal con receta para aliviar los síntomas frecuentes de la perimenopausia y la menopausia (por ejemplo, sofocos y sequedad vaginal), o para reducir la pérdida de masa ósea por disminución de las concentraciones de estrógeno y progesterona?

- 0 No
- 1 Sí

## 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.

17. [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

18. [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

19. [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

20. [SrvMtW\_GUMBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿masticó chicle?

- 1      Sí
- 0      No

21. [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

22. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_BRUSH2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 0)]**

23. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_FLOSS2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 1)]**

24. [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

[DISPLAY SrvMtW\_WTRPICK2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 2)]

25. [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

[DISPLAY SrvMtW\_TONGUE2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 3)]

26. [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

[DISPLAY SrvMtW\_WHITE2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 4)]

27. [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

[DISPLAY SrvMtW\_MWUSE\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 5)]

**ELSE, GO TO SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0]**

28. [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®)

**[DISPLAY SrvMtW\_MWALC\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 0)]**

29. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_MWALCFREE\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 1)]**

30. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_MWCHLOR\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 2)]**

31. [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

[DISPLAY SrvMtW\_MWFLUORIDE\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 3)]

32. [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

[DISPLAY SrvMtW\_MWPEROX\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 4)]

33. [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

[DISPLAY SrvMtW\_MWCETYL\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 5)]

34. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_MWSENSITIVE\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 6)]**

35. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_MWDRY\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 7)]**

36. [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

37. [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 [SrvMtW\_PERMTTHLOST1\_v1r0] Sí, por accidente o lesión → **GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v1r0**
- 2 [SrvMtW\_PERMTTHLOST2\_v1r0] Sí, por caries o enfermedad → **GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v1r0**
- 3 [SrvMtW\_PERMTTHLOST3\_v1r0] Sí, por algún otro motivo → **GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v1r0**
- 0 [SrvMtW\_NOPERMTTHLOST\_v1r0] No → **GO TO SrvMtW\_DENTURES\_v1r0**

**NO RESPONSE → GO TO SrvMtW\_DENTURES\_v1r0**

**[DISPLAY SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v2r0 IF (SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 1),  
ELSE GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0]**

38. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0 IF (SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 2),  
ELSE GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0]**

39. [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

**[DISPLAY SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0 IF (SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 3),  
ELSE GO TO SrvMtW\_DENTURES\_v1r0]**

40. [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

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

- 1 Puente dental [SrvMtW\_DENTBRIDGE\_v1r0]
- 2 Dentadura postiza parcial [SrvMtW\_PARTDENT\_v1r0]
- 3 Dentadura postiza completa [SrvMtW\_FULLDENT\_v1r0]
- 4 Implantes dentales [SrvMtW\_DENTIMP\_v1r0]
- 55 Otro (como retenedores permanentes y removibles, Invisalign®, o brackets [SrvMtW\_DENTOTHER\_v2r0])
- 0 No, no tengo prótesis ni aparatos dentales [SrvMtW\_DENTURES2\_v1r0]
- 77 No sé [SrvMtW\_DENTURES2\_v1r0]

42. [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

43. [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

44. [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

45. [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

46. [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 → **GO TO SrvMtW\_ANTIBIOTIME\_v1r0**
- 0        No → **GO TO END**
- 77       No sé → **GO TO END**

**NO RESPONSE → GO TO END**

47. [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 Encuesta”.