# **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

1. [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

1. [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

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

1 Sí

0 No

1. [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**

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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**

1. [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 PeridexTM, 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®)

1. [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

1. [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

1. [SrvMtW\_MWCHLOR\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucalcon clorhexidina (como PeridexTM, 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

1. [SrvMtW\_MWFLUORIDE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucalcon 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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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**

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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**

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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”].