# **Cuestionario sobre muestras de enjuague bucal**

[*PROGRAMMING NOTE: THIS QUESTION IS REQUIRED]*

[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.

[SrvMtW\_MTWCONFIRM\_v1r0] Por favor, responda este cuestionario solamente después de haberse tomado la muestra de enjuague bucal en su casa. Si no lo ha hecho todavía, cierre el cuestionario y vuelva después de haber obtenido su muestra.

1 = Sí, ya realicé la donación de muestra de enjuague bucal que me tomé en mi casa --> **GO TO SrvMtW\_ORALHLTH\_v1r0**

0 = No, regresaré a este cuestionario después de haber realizado la donación de muestra de enjuague bucal tomada en mi casa --> **GO TO [END MESSAGE]**

**Obtención de datos sobre enjuagues bucales**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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®)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 [SrvMtW\_PERMTTHLOST1\_v1r0] Sí, por accidente o lesión à **GO TO**  **SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v1r0**

2 [SrvMtW\_PERMTTHLOST2\_v1r0] Sí, por caries o enfermedad à **GO TO**  **SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v1r0**

3 [SrvMtW\_PERMTTHLOST3\_v1r0] Sí, por algún otro motivo à **GO TO**  **SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v1r0**

0 [SrvMtW\_NOPERMTTHLOST\_v1r0] No à **GO TO SrvMtW\_DENTURES\_v1r0**

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

**[DISPLAY** SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v2r0 **IF (**SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 1**),**

**ELSE GO TO** SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0**]**

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

**[DISPLAY** SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0 **IF (**SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 2**),**

**ELSE GO TO** SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0**]**

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

**[DISPLAY** SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0 **IF (**SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 3**),**

**ELSE GO TO** SrvMtW\_DENTURES\_v1r0**]**

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 [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\_DENTURESDK\_v1r0]

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 à **GO TO SrvMtW\_ANTIBIOTIME\_v1r0**

0 No à **GO TO END**

77 No sé à **GO TO END**

*NO RESPONSE* à ***GO TO END***

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

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

***DISPLAYIF:*** SrvMtW\_MTWCONFIRM\_v1r0 = 0

[END MESSAGE] Después de una respuesta que sea “no” para SrvMtW\_MTWCONFIRM\_v1r0: “Gracias. Cuando haya realizado su donación de muestra de enjuague bucal en su casa, por favor, vuelva y complete este cuestionario”. [EXIT **AND** CLEAR CACHE]