

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY  
Oral Health Questionnaire (ORAL)

- A1. PARTICIPANT ID: |\_\_|\_|-|\_\_|\_|\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_\_|\_|
- A2. WIHS STUDY VISIT #: |\_\_|\_|\_|
- A3. FORM VERSION: 04/01/16
- A4. DATE OF INTERVIEW: |\_\_|\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|  
M D Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS: |\_\_|\_|\_|\_|\_|
- A6. TIME MODULE BEGAN |\_\_|\_|\_|\_|:|\_\_|\_|\_|\_| AM ..... 1  
PM ..... 2

**INTRODUCTION:** La salud oral es una parte importante de la salud en general y la calidad de vida. Si no se trata, una salud oral pobre puede llevar a enfermedades dentales, enfermedades sistémicas y un deterioro de la actividad física y social. Este cuestionario es un aspecto muy importante del estudio WIHS porque aprenderemos más acerca del acceso de las mujeres al cuidado dental y a la calidad de vida relacionada con la salud oral. Necesitaré hacerle algunas preguntas acerca de su historial dental que pueden ser difíciles de responder para usted. Por favor tome el tiempo que necesite para poder recopilar información que sea tan precisa como sea posible. Por supuesto, sus respuestas serán confidenciales. Su nombre no le será revelado a ninguna persona ni registrado de cualquier forma. Utilizaremos el mismo número de identificación único es que se utiliza para el resto del estudio.

**B1. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD ORAL01.**

¿Cómo describiría la condición de su boca y sus dientes?

- Excelente ..... 1  
Muy bueno ..... 2  
Buena ..... 3  
Aceptable ..... 4  
Pobre ..... 5

**B2. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD ORAL02.**

¿Cuándo fue la última vez que vio al odontólogo? Incluya todos los tipos de odontólogos, tales como ortodoncistas, cirujanos orales, y cualquier otro especialista dental, al igual que higienistas dentales.

- 6 meses o menos..... 1  
Más de 6 meses, pero no más de 1 año..... 2  
Más de 1 año, pero no más de 2 años ..... 3  
Más de 2 años, pero no más de 5 años..... 4  
Más de 5 años ..... 5  
Nunca ..... 6

WIHSID:

**B3. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD ORAL03.**

¿Con qué frecuencia va al odontólogo para revisar sus dientes o su boca?

- Más de una vez al año ..... 1
- Una vez al año ..... 2
- Una vez cada dos años ..... 3
- Menos de una vez cada dos años ..... 4

**B4. ¿Tiene un seguro dental?**

- YES ..... 1
- NO ..... 2 **(B5)**

a. ¿Qué tipo de seguro dental tiene?

- Seguro dental privado ..... 1
- Cubrimiento Ryan White ..... 2
- Medicaid ..... 3
- Medicare ..... 4
- Otro ..... 5

SPECIFY: \_\_\_\_\_

**B5. ¿Durante los últimos 6 meses, ha habido alguna ocasión en la que haya tenido un problema con su boca o sus dientes, pero no vio a un odontólogo por los problemas de su boca o dientes?**

- YES ..... 1
- NO ..... 2 **(B6)**

a. ¿Por qué no vio a un odontólogo por los problemas con su boca o dientes?

- No pensó que era importante ..... 1
- Tuvo otros problemas médicos o de salud que eran más severos y necesitaba abordarlos ..... 2
- El problema desapareció ..... 3
- No podía pagar el tratamiento o no tenía seguro ..... 4
- No tenía transporte ..... 5
- Tenía miedo de ver a un odontólogo ..... 6
- Estaba esperando una cita ..... 7
- No pensó que un odontólogo pudiera arreglar el problema ..... 8
- No tenía quien cuidara a sus hijos ..... 9
- Otro ..... 10

SPECIFY: \_\_\_\_\_

**B6. IS PARTICIPANT HIV-POSITIVE OR HIV-NEGATIVE?**

- HIV-POSITIVE ..... 1
- HIV-NEGATIVE ..... 2 **(SECTION C)**

WIHSID:

B7. ¿Ha dado a conocer su estatus de VIH a su odontólogo?

YES ..... 1 (SECTION C)  
NO ..... 2

a. ¿Por qué motivo?

El odontólogo o el personal dental nunca preguntaron ..... 1  
No pienso que necesitaran saber ..... 2  
Me preocupa que me traten diferente ..... 3  
Me preocupa que sea rechazado o se me niegue la atención.... 4  
Otro ..... 5

SPECIFY: \_\_\_\_\_

**SECTION C: ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)**

<b>HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD ORAL04.</b> En los últimos 6 meses, debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura postiza, usted:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Con bastante frecuencia	Muy a menudo
C1. ¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra?	1	2	3	4	5
C2. ¿Ha experimentado que su sentido del gusto ha empeorado?	1	2	3	4	5
C3. ¿Ha tenido dolor en su boca?	1	2	3	4	5
C4. ¿Ha tenido incomodidad para comer cualquier alimento?	1	2	3	4	5
C5. ¿Ha sido consciente acerca de sus problemas dentales?	1	2	3	4	5
C6. ¿Se ha sentido tenso o ansioso?	1	2	3	4	5
C7. ¿Su dieta no ha sido satisfactoria debido a los problemas con su dentadura, boca o dentadura postiza?	1	2	3	4	5
C8. ¿Ha tenido que interrumpir comidas?	1	2	3	4	5
C9. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	1	2	3	4	5
C10. ¿Se ha sentido un poco avergonzada?	1	2	3	4	5
C11. ¿Se ha sentido un poco irritable con otras personas?	1	2	3	4	5
C12. ¿Ha tenido dificultad para hacer trabajos usuales?	1	2	3	4	5
C13. ¿Ha sentido que la vida en general era menos satisfactoria?	1	2	3	4	5
C14. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar?	1	2	3	4	5

C15. TIME MODULE ENDED |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_| AM ..... 1  
PM ..... 2