

SPANISH VERSION

**WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
ORAL INTERVIEW
FORM OP02**

GENERAL INFORMATION

PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE

____-____-____-____

WIHS STUDY VISIT NUMBER:

__ __

FORM VERSION:

$\frac{1}{M} \frac{0}{D} / \frac{0}{D} \frac{1}{Y} / \frac{0}{Y} \frac{3}{Y}$

DATE OF INTERVIEW:

__ __ / __ __ / __ __
M D Y

INTERVIEWER'S INITIALS:

__ __ __

INTRODUCTION TO PARTICIPANT:

Ahora, voy a hacerle unas preguntas sobre su salud e higiene oral.

SECTION B: SALUD e HIGIENE ORAL

1. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**
Siente su boca seca cuando come una comida?
2. **(PROBE: En general, (REPEAT 1)...) (PROBE: Solo necesita un si o un no como respuesta) (PROBE: Por favor responda tan bien como pueda harado en su propia definicion de boca seca.)**

SI..... 1
NO..... 2

2. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**
Necesita tomar liquido para ayudarse a tragar alimentos solidos?
(PROBE: En general, (REPEAT 2)...) (PROBE: Solo necesita un si o un no como respuesta)

SI..... 1
NO..... 2

3. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**
 Considera que la cantidad de saliva en su boca es muy poca, mucha, o no repara?
(PROBE: En general, (REPEAT 3)...) (PROBE: Por favor proporcione su mejor estimado).

MUY POCA 1
 MUCHA..... 2
 NO REPARO 3

4. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**
 Va usted regularmente al dentista a chequear sus dientes?
(PROBE: Por favor responda lo mejor posible basandose en lo que usted considera regular.) (PROBE: Solo necesita un si o un no como respuesta.)

SI..... 1
 NO..... 2 (6)

5. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
 Con que frecuencia va usted donde el dentista a chequear sus dientes?

Mas 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

6. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
 Ha tenido usted dificultad en pronunciar algunas palabras por problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?
(PROBE: Por favor responda lo mejor que pueda entre las opciones siguientes. (REPEAT 6))

Nunca 1
 Casi nunca 2
 Ocasionalmente 3
 Con relativa frecuencia 4
 Muy frecuente 5

7. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
 Ha sentido alguna vez que su sentido del gusto ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

Nunca 1
 Casi nunca 2
 Ocasionalmente 3
 Con relativa frecuencia 4
 Muy frecuente 5

8. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
Ha tenido molestias dolorosas en su boca?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

9. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
Ha encontrado molesto comer algunos alimentos por problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

10. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
Ha estado usted preocupado debido a sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

11. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
Ha estado usted tenso debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

12. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Ha sido su dieta no-satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

13. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Ha tenido que interrumpir comidas debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

14. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Ha encontrado dificultad en relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

15. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Ha estado usted brevemente apenado debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

16. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Se ha brevemente irritado con otra gente debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

17. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Ha tenido dificultad en su trabajo ordinario debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

18. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Ha sentido que la vida en general es menos placentera debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

19. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Ha estado usted inhabilitado debido a problemas con sus dientes, boca o dientes postisos?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Ocasionalmente 3
- Con relativa frecuencia 4
- Muy frecuente 5

20. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
¿Habitualmente, cuán a menudo se cepilla usted los dientes?

- No me cepillo..... 1
- Menos de una vez por día 2
- De 1 a 3 veces por día 3
- Otra 4

SPECIFY

21. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**
¿Utiliza usted habitualmente hilo dental?

- YES..... 1
- NO..... 2 (22)

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
¿Cuán a menudo lo hace?

- Diariamente.....1
- Semanalmente.....2
- Menos de una vez por semana.....3

22. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**
¿Utiliza usted habitualmente un enjuague bucal antibacteriano recetado?

- YES..... 1
- NO..... 2 (23)

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**
¿Cuán a menudo lo hace?

- Diariamente.....1
- Semanalmente.....2
- Menos de una vez por semana.....3

23. Durante el año pasado, ¿cuántas veces, en total, aproximadamente, fue usted a ver al dentista? **(Sin contar sus visitas para el estudio de WIHS)**

RECORD THE NUMBER OF TIMES: _____

Voy a hacerle unas preguntas sobre algunos procedimientos o tratamientos dentales. Después de cada pregunta, dígame si le hicieron ese tratamiento o ese procedimiento durante el año pasado.

24. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿Se hizo examinar los dientes o la boca durante el año pasado?

- YES 1
- NO 2 **(25)**

a. Si así fue, ¿cuántas veces? _____

25. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿Se hizo limpiar los dientes en el pasado?

- YES 1
- NO 2 **(26)**

a. Si así fue, ¿cuántas veces? _____

26. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿En el transcurso del año pasado, le tomaron radiografías (rayos-X) de los dientes?

- YES 1
- NO 2

27. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿Le hicieron algún tratamiento para las encías durante el año pasado?

- YES 1
- NO 2 **(28)**

a. Si así fue, ¿cuántas veces? _____

28. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿Le sacaron algún diente o muela durante el año pasado?

- YES 1
- NO 2 **(END)**

a. ¿Por qué?

- Enfermedad de las encías (Gingivitis) 1
- Caries 2
- Enfermedad de las encías (Gingivitis) & Caries 4
- Otra 3

SPECIFY