

**SPANISH VERSION**

**WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY**

**ORAL INTERVIEW**

**FORM OP2**

**SECTION A: GENERAL INFORMATION**

A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE

|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|

A2. WIHS STUDY VISIT #:                    \_\_\_ \_\_\_

A3. FORM VERSION:                        0 3 / 0 1 / 9 5  
  M            D            Y

A4. DATE OF INTERVIEW:                \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_  
  M            D            Y

A5. INTERVIEWER'S INITIALS:            \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

**INTRODUCTION TO PARTICIPANT:**

Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de su salud e higiene oral.

**SECTION B: ORAL HEALTH AND HYGIENE**

B1. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

En general, ¿diría Ud. que su salud oral es:

- Excelente..... 1
- Muy Buena..... 2
- Buena ..... 3
- Regular..... 4
- Pobre ..... 5

B2. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**

Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha impedido su salud oral de trabajar, hacer los quehaceres del hogar, ir a la escuela o cuidar de sus hijos?

- Siempre ..... 1
- A veces..... 2
- Nunca ..... 3

**B3. (READ RESPONSE CATEGORIES)**

En general, ¿cuánto dolor oral ha tenido durante las últimas 4 semanas?

(**PROBE:** Por favor, conteste lo mejor que pueda y en base a lo que Ud. considera como dolor oral.)

- Ninguno ..... 1
- Muy leve ..... 2
- Leve ..... 3
- Moderado ..... 4
- Severo ..... 5
- Muy Severo ..... 6

**B4. (READ RESPONSE CATEGORIES)**

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha interferido su salud oral con sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos o grupos?

- Nada ..... 1
- Un poco ..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Muchísimo ..... 5

**B5. (DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿Se siente la boca seca cuando está comiendo?

(**PROBE:** En general, (REPEAT B5)...) )

(**PROBE:** Solamente necesito que conteste “sí” o “no”.)

(**PROBE:** Por favor, conteste lo mejor que pueda, basado en su propia definición de boca seca.)

- YES ..... 1
- NO ..... 2
- DON'T KNOW ..... <-8>

**B6. (DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿Necesita tomar traguitos de líquido para ayudarle a tragar alimentos secos?

(**PROBE:** En general, (REPEAT B6)...) )

(**PROBE:** Solamente necesito que conteste “sí” o “no”.)

- YES ..... 1
- NO ..... 2
- DON'T KNOW ..... <-8>

**B7. (DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

¿Le parece que la cantidad de saliva en su boca es muy poca, demasiada, o no lo ha notado?

(**PROBE:** En general, (REPEAT B7)...) )

(**PROBE:** Solamente necesito que conteste “sí” o “no”.)

- TOO LITTLE ..... 1
- TOO MUCH ..... 2
- DON'T NOTICE ..... 3

B8. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**  
 Normalmente, ¿con qué frecuencia se cepilla los dientes?

- No me los cepillo ..... 1
- Menos de una vez al día..... 2
- Entre una y tres veces al día ..... 3
- Otra ..... 4

**SPECIFY**

B9. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**  
 ¿Va al dentista regularmente a examinarse los dientes?  
**(PROBE:** Por favor, conteste lo mejor que pueda, basado en lo que Ud. considera como “regularmente”.)  
**(PROBE:** Solamente necesito que conteste “sí” o “no”)

- YES ..... 1
- NO..... 2 **(B11)**
- DON'T KNOW .....<-8> **(B11)**

B10. **(READ RESPONSE CATEGORIES)**  
 Normalmente, ¿con qué frecuencia va Ud. al dentista a examinarse los dientes?

- 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

B11. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**  
Normalmente, ¿usa Ud. alguno de los siguientes para su salud oral:  
 Hilo dental?

- YES ..... 1
- NO..... 2 **(B12)**
- DON'T KNOW .....<-8> **(B12)**

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

B12. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**  
(Normalmente, ¿usa Ud.) un cepillo de dientes especial, llamado “Interproximal”, para cepillarse entre los dientes?

- YES ..... 1
- NO..... 2 **(B13)**
- DON'T KNOW .....<-8> **(B13)**

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

B13. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

(Normalmente, ¿usa Ud.) un cepillo de dientes automático o eléctrico?

- YES ..... 1
- NO..... 2 (B14)
- DON'T KNOW .....<-8> (B14)

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

B14. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

(Normalmente, ¿usa Ud.) un enjuague antibacterico obtenido con una receta médica?

- YES ..... 1
- NO..... 2 (B15)
- DON'T KNOW .....<-8> (B15)

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

B15. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

(Normalmente, ¿usa Ud.) un enjuague obtenido sin receta médica?

- YES ..... 1
- NO..... 2 (B16)
- DON'T KNOW .....<-8> (B16)

a. ¿Es un enjuague con fluoruro?

- YES ..... 1
- NO..... 2
- DON'T KNOW .....<-8>

b. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

B16. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

(Normalmente, ¿usa Ud.) un aparato para irrigación oral?

- YES ..... 1
- NO..... 2 **(B17)**
- DON'T KNOW .....<-8> **(B17)**

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

B17. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

(Normalmente, ¿usa Ud. un) instrumento con una punta de goma para masajarse las encías?

- YES ..... 1
- NO..... 2 **(B18)**
- DON'T KNOW .....<-8> **(B18)**

a. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

B18. **(DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

Normalmente, ¿usa Ud. alguna otra cosa para su higiene oral?

- YES ..... 1
- NO..... 2 **(END)**
- DON'T KNOW .....<-8> **(END)**

a. ¿Qué usa? \_\_\_\_\_  
**(SPECIFY)**

b. **(READ RESPONSE CATEGORIES)** Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

**B19. (DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

Normalmente, ¿usa Ud. alguna otra cosa para su higiene oral?

- YES ..... 1
- NO..... 2 (END)
- DON'T KNOW .....<-8> (END)

a. ¿Qué usa? \_\_\_\_\_  
(SPECIFY)

b. (READ RESPONSE CATEGORIES) Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3

**B20. (DO NOT READ RESPONSE CATEGORIES)**

Normalmente, ¿usa Ud. alguna otra cosa para su higiene oral?

- YES ..... 1
- NO..... 2 (END)
- DON'T KNOW .....<-8> (END)

a. ¿Qué usa? \_\_\_\_\_  
(SPECIFY)

b. (READ RESPONSE CATEGORIES) Normalmente, ¿con qué frecuencia hace esto?

- Diariamente (por lo menos una vez al día) ..... 1
- Semanalmente (por lo menos una vez por semana pero no todos los días)..... 2
- Menos de una vez a la semana..... 3