



Lugar _____
Fecha _____

Distrito de Salud del Sur de Nevada y Programa de Salud Oral de Nevada 2018 Cuestionario Sobre Salud Bucal (Adultos)

Código Postal: _____ Edad: _____ Hombre Mujer

1. En general, ¿cómo calificaría la salud de sus dientes y encías? (marcarlo con un círculo)
 - a. Excelente
 - b. Buena
 - c. Regular
 - d. Mala

2. ¿Durante el año pasado, con que frecuencia ,ha tenido usted dolor en su boca? (marcarlo con un círculo)
 - a. Todo el tiempo
 - b. Bastante
 - c. Ocasionalmente
 - d. Casi nunca
 - e. Nunca

3. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido dificultades para realizar sus trabajos habituales debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza? (marcarlo con un círculo)
 - a. Todo el tiempo
 - b. Bastante
 - c. Ocasionalmente
 - d. Casi nunca
 - e. Nunca

4. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha evitado comer ciertos alimentos debido a problemas en los dientes, la boca o la dentadura postiza? (marcarlo con un círculo)
 - a. Todo el tiempo
 - b. Bastante
 - c. Ocasionalmente
 - d. Casi nunca
 - e. Nunca

5. ¿Cuántos de los dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o enfermedad de las encías? Incluir los dientes perdidos por la infección, pero no incluya los dientes perdidos por otras razones, tales como lesiones u ortodoncia (braces) (marcarlo con un círculo)
 - a. 1 a 5
 - b. 6 o más, pero no todos
 - c. Todos
 - d. Ninguno

6. ¿Su boca se siente seca cuando come? (marcarlo con un círculo)
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No lo sé

7. ¿Alguna vez ha tenido un chequeo de cáncer oral? , ¿ El médico o el dentista le halaban la lengua con una gasa envuelta y palpaba debajo de la lengua y dentro de las mejillas? (marcarlo con un círculo)
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No lo sé

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuándo tuvo su examen oral o de cancer bucal? (marcarlo con un círculo)
 - a. Durante el último año
 - b. Hace 1 a 3 años
 - c. Hace más de 3 años



8. La enfermedad de las encías es un problema bucal común. Las personas con enfermedad de las encías pueden tener inflamación y sangrado de las encías, recesión de las encías, dolor en las encías o dientes flojos e infectados. ¿Usted cree que podría tener enfermedad de las encías? (marcarlo con un círculo)
- a. Sí b. No
9. ¿Alguna vez le ha dicho un profesional dental que ha perdido hueso alrededor de los dientes? (marcarlo con un círculo)
- a. Sí b. No
10. ¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro que pague una parte o la totalidad de su cuidado dental de rutina, incluyendo seguro dental, planes como HMO o planes del gobierno como Medicaid prepago? (marcarlo con un círculo)
- a. Sí b. No c. No lo sé
11. ¿Cuándo fue la última vez que visitó un dentista o clínica dental?. Incluir visitas a especialistas dentales, tales como los endodoncistas (tratamiento de canal) (marcarlo con un círculo)
- a. En el último año
- b. Hace 1 a 2 años
- c. Hace 5 o más años
- d. Nunca
12. ¿Cuál fue la razón principal de su última visita al dentista? (marcarlo con un círculo)
- a. Un examen anual o limpieza
- b. Un recordatorio del dentista.
- c. Algo estaba mal en su boca, le molestaba o le dolía.
- d. Tratamiento de una condición que el dentista descubrió
- e. Otro
13. ¿Durante los últimos 12 meses, hubo alguna ocasión en la que necesitó cuidado dental pero no pudo obtenerlo? (marcarlo con un círculo)
- a. Sí b. No

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuáles fueron las razones por las que no se podía conseguir la atención dental que necesitaba? (marcarlo con un círculo)

- a. El costo fue alto.
- b. No quería gastar el dinero.
- c. El seguro no cubría los procedimientos recomendados.
- d. El Consultorio dental está muy lejos – no hay una sucursal cerca.
- e. El Consultorio dental no tiene un horario flexible.
- f. Otro dentista recomendó no hacerlo
- g. Miedo o no le gusta el dentista.
- h. Imposibilidad de tomar tiempo libre del trabajo
- i. Esta demasiado ocupado
- j. No pensé que fuera algo serio
- k. Esperaba que desaparecieran los problemas dentales.
- l. Otro

14. ¿Cuál es su raza / origen étnico? (Marcarlo con un círculo todo que sea aplicable)
- a. Blanco d. Indio Americano / Nativo de Alaska y de Hawai Islas del Nativo / Pacífico
- b. Negro / Afroamericano e. Otros
- c. Hispano / Latino, Asia

Cualquier comentario adicional sobre el acceso a la atención dental en donde vive usted:
