Encuesta de Apoyo de Salud Dental [FINAL OHBSS-SF SPANISH]

BOCA SANA
CUERPO SANO

INSTRUCCIONES:

Esta encuesta pregunta acerca de la ayuda o el apoyo social que recibe de otras personas en este momento para diferentes comportamientos de salud dental. Por favor, responda cada pregunta 3 veces - una vez para cada grupo de personas.

1) **Familia:** incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted
2) **Proveedores de salud:** incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales
3) **Amigos y otra gente:** incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc.

Por favor, piense y responda las preguntas en base a sus experiencias dentales actuales y comportamientos que haga ahora, como adulto. No hay respuestas correctas o incorrectas. Estamos interesados en quién le da apoyo ahorita. Seleccione las mejores respuestas para cada pregunta y no deje nada en blanco.

Por favor, mire el ejemplo a continuación. Recuerde responder cada pregunta 3 veces (de izquierda a derecha →) y asegúrese de que cada grupo tenga una respuesta.
Si la pregunta no aplica a ninguno de los grupos para usted, por favor responda "NUNCA."

Para cada pregunta, ¿con qué frecuencia recibe apoyo de cada grupo de personas?	**1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)**					**2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)**					**3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)**				
	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	A Menudo 3	Siempre 4	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	A Menudo 3	Siempre 4	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	A Menudo 3	Siempre 4
EJEMPLO: Se aseguran de que reciba mi inyección para la gripe.				X			X				X				

CEPILLARSE LOS DIENTES

En esta sección, piense en la ayuda o el apoyo que recibe al cepillarse los dientes (al limpiarlos, usando un cepillo de dientes manual o eléctrico u otra herramienta similar).

Recuerde responder cada pregunta 3 veces (de izquierda a derecha →), asegúrese de que cada grupo tenga una respuesta.
Si la pregunta no aplica a ninguno de los grupos para usted, por favor responda "NUNCA."

Para cada pregunta, ¿con qué frecuencia recibe apoyo de cada grupo de personas al CEPILLARSE LOS DIENTES?	**1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)**					**2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)**					**3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)**				
	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	A Menudo$_3$	Siempre$_4$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	A Menudo$_3$	Siempre$_4$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	A Menudo$_3$	Siempre$_4$
Ba) Me enseñan a cepillarme los dientes.															
Bb) Me recuerdan de conseguir más productos dentales (por ejemplo, cepillo, pasta, hilo dental, etc.)															
Bc) Me dicen que cepillarme los dientes es importante para mi salud.															
Bd) Me dicen que me cepille los dientes regularmente (al menos dos veces al día).															
Be) Me explican porque me pueden sangrar las encías durante o después de cepillarme los dientes.															
Bf) Me motivan a cepillarme los dientes.															

USAR HILO DENTAL (LIMPIEZA ENTRE LOS DIENTES)

En esta sección, piense en la ayuda o el apoyo que recibe al usar hilo dental, (limpiar entre los dientes, usar otras herramientas como palillos, palillos blandos, waterpik, etc.).

Recuerde responder cada pregunta 3 veces (de izquierda a derecha →), asegúrese de que cada grupo tenga una respuesta.
Si la pregunta no aplica a ninguno de los grupos para usted, por favor responda "NUNCA".

Para cada pregunta, ¿con qué frecuencia recibe apoyo de cada grupo de personas al USAR HILO DENTAL?	**1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)**					**2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)**					**3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)**				
	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	A Menudo 3	Siempre 4	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	A Menudo 3	Siempre 4	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	A Menudo 3	Siempre 4
Fa) Me enseñan a usar hilo dental.															
Fb) Me recuerdan de conseguir más productos dentales (por ejemplo, cepillo, pasta, hilo dental, etc.)															
Fc) Me dicen que usar hilo dental es importante para mi salud.															
Fd) Me dicen que use hilo dental regularmente (al menos una vez al día).															
Fe) Me explican porque me pueden sangrar las encías durante o después de usar hilo dental.															
Ff) Me motivan a usar hilo dental.															

OBTENER CUIDADO DENTAL

En esta sección, piense en la ayuda o el apoyo que recibe al recibir atención dental. Esto puede incluir ayuda con buscar dentistas, hacer citas dentales, llegar a citas dentales, o a decidir si necesita atención o tratamientos dentales. Estamos interesados en todo el cuidado dental que recibe, así que piense en todo tipo de servicios dentales, incluyendo exámenes dentales, chequeos, limpiezas, y cualquier otro tipo de tratamientos dentales (rellenos, extracciones, frenos/brackets dentales, coronas, puentes, implantes, etc.). Por favor, responda sobre el apoyo que recibe para la atención dental ahora, como adulto.

Recuerde responder cada pregunta 3 veces (de izquierda a derecha →). Asegúrese de que cada grupo tenga una respuesta.

Si la pregunta no aplica a ninguno de los grupos para usted, por favor responda "Nunca".

Para cada pregunta, ¿con qué frecuencia recibe apoyo de cada grupo de personas al RECIBIR ATENCIÓN DENTAL?	**1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)**					**2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)**					**3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)**				
	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	A Menudo$_3$	Siempre$_4$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	A Menudo$_3$	Siempre$_4$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	A Menudo$_3$	Siempre$_4$
Da) Me ayudan a cambiar como me cuido los dientes.															
Db) Me recuerdan de mi cita dental.															
Dc) Me dicen que ir al dentista es importante para mi salud.															
Dd) Me dicen que vaya al dentista de manera regular.															
De) Me dicen lo que pasará durante mi tratamiento dental.															
Df) Me dicen que vaya al dentista con respecto a mis problemas o molestias dentales.															

OPTIONAL SUBSCALES – IF APPLY – up to 7 items

Por favor responda a esta última serie de preguntas.

Ayuda con Lenguaje

¿Necesita ayuda de un intérprete/traductor cuando recibe atención dental? Seleccione uno: Sí o No.
En caso afirmativo, califique:

	1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)					2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)					3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)				
	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2
Interpretan (traducen) o me consiguen un intérprete (traductor).															

Ayuda con Transporte

¿Necesita ayuda para ir o volver de las citas con el dentista? Seleccione uno: Sí o No.
En caso afirmativo, califique:

	1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)					2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)					3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)				
	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2
Me ayudan a ir/venir del dentista (por ejemplo, me llevan, o me consiguen transporte).															

Ayuda para pagar

¿Necesita ayuda para pagar algo relacionado con el cuidado dental?
Seleccione uno: Sí o No.
En caso afirmativo, califique:

	1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)					2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)					3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)				
	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$	Nunca$_0$	Raramente$_1$	A Veces$_2$
Me dan información sobre el seguro dental (aseguranza).															
Me ayudan con el seguro dental (aseguranza).															
Me ayudan a pagar por el dentista (por ejemplo, pagan por mí, me dan opciones de pago, me hacen un préstamo).															

Miedo dental/preocupación

¿Tiene algún miedo o preocupación dental?

Seleccione uno: Sí o No.

En caso afirmativo, califique:

	1. FAMILIA (incluye a su pareja, y miembros de su familia que habiten o no habiten con usted)					2. PROVEEDORES DE SALUD (incluye proveedores médicos, dentistas y otros especialistas dentales)					3. AMIGOS/OTRA GENTE (incluye amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc. Cualquier persona que no sea familia o proveedores de salud)				
	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2	Nunca 0	Raramente 1	A Veces 2
Escuchan cualquier preocupación relacionada con ir al dentista.															
Calman mis preocupaciones sobre los tratamientos dentales.															