

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: ___0-6 ___2-5 ___7-13 ___18-34 ___35-65 ___Mayor de 65 años

Etnicidad:

___ Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino Trabajador Migrante /Agricultura: Sí No

Reconozco que este cuestionario es para recopilar información de salud pública para que la **Asociación Dental Hispana (HDA)** utilice la misma para programas educativos y servicios a la comunidad. Al participar en este cuestionario, libero al **HDA** de cualquier responsabilidad. _____ ↔ (Favor escribir sus Iniciales aquí)

1. Higiene bucal:

En promedio, ¿cuántos días por semana te cepillas los dientes durante al menos dos minutos y por lo menos dos veces al día? _____

En promedio, ¿cuántos días a la semana usas hilo dental? _____

2. Dieta: (Favor anotar un circulo alrededor de su respuesta)

En promedio, ¿cuántas veces al día consumes alimentos altos en almidón (Tortillas, Arroz, etc.), o aperitivos con azúcar entre comidas?

1 o menos (>), 2 a 3, 4 a 5, más de (>6)

En promedio, ¿cuántas veces al día consumes bebidas altas en azúcar (refrescos, jugos) entre comidas?

1 o menos (>), 2 a 3, 4 a 5, más de (>6)

3. Historial médico

¿Tiene usted o alguien de su familia inmediata diabetes? (SI/NO)

¿Tiene Usted o alguien de su familia inmediata, presión arterial alta (hipertensión)? (SI/NO)

¿Tú o alguien de tu familia inmediata roncan o tienes apnea del sueño? (SI/NO)

¿Experimenta acidez estomacal en la boca o la garganta después de comer o cuando se acuesta a dormir, a diario/casi a diario? (SI/NO)

¿Sueles experimentar sequedad en la boca? (SI/NO)

4. Historial de salud dental/oral

¿Tiene usted y su hijo (s) un dentista o un hogar dental (dental home)? (SI/NO)

¿Tiene un plan o seguro medico con cubierta para salud dental? (SI/NO)

¿Hace cuánto tiempo fue su última visita a un dentista? **Menos de 1 año, 2-3 años, 4-5 años, Mas de 5 años**

¿Experimenta dolor de dientes o encías sangrantes cuando come o se cepilla los dientes (SI/NO)

¿Alguien de su familia inmediata (incluyendo un cuidador) ha tenido caries dental? (SI/NO)

¿Alguien de su familia inmediata (incluyendo un cuidador) ha perdido un diente por caries dental? (SI/NO)

¿Alguien en tu familia usa dentaduras postizas, parciales o completas? (SI/NO)

Firma o del Padre/Guardián (si es una persona menor de 18 años de edad) _____

Dentista/Profesional de la Salud: _____ **Núm.. de Licencia** _____