

Encuesta

ID:								
Nombre entrevistado								
Apellido paterno					Apellido materno			
rut					Fecha de Nacimiento			
Dirección						Rural	☐	
						Urbano	☐	
1	Edad en años		2	Sexo	1	Hombre	☐	
					2	Mujer	☐	

3	¿Cuál es su situación laboral actual?	1	Trabaja en forma dependiente (con patrón o empleador)	☐
		2	Trabaja independiente (empresario o por cuenta propia)	☐
		3	Cesante	☐
		4	Busca trabajo por primera vez	☐
		5	Jubilado	☐
		6	Dueña de casa	☐
		7	Inactivo	☐
		8	No sabe no responde	☐

4	¿Cuál es su nivel más alto educacional alcanzado o nivel actual? (ENS 2017)	1	Nunca asistió		9	Educación media científico-humanista			
		2	Sala cuna		10	Técnica comercial industrial o normalista (sistema antiguo)			
		3	Jardín infantil (medio menor y medio mayor)		11	Educación media técnico profesional			
		4	Prekinder/kinder (transición menor y transición menor)		12	Técnico nivel superior (carreras de 1 a 3 años)			
		5	Educación especial (diferencial)		13	Profesional (carreras de 4 a más años)			
		6	Primaria o preparatoria (sistema antiguo)		14	Postgrado			
		7	Educación básica		15	No sabe			
		8	Humanidades (sistema antiguo)		16	No responde			
5	¿En qué país nació Ud.? (ENS 2017)	1	Chile						
		2	Otro		5 a	¿Qué otro país?			
				5 b	¿Hace cuánto que vive en Chile? (años/meses)	Años		Meses	
				5 c	¿Hace cuánto tiempo reside Ud. en la región?	Años		Meses	

6	En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas ¿pertenece ud. o es descendiente de alguno de ellos? (ENS 2017)	1	Aymara		6	Coya	
		2	Rapa-Nui		7	Kawésqar (Alacalufes)	
		3	Quechua		8	Yagán (Yámara)	
		4	Mapuche		9	Diaguita	
		5	Atacameño (Linkan Antai)		10	No pertenece a ningún pueblo indígena chileno	

Tabaquismo; Las siguientes preguntas tienen relación con el consumo de cigarrillos de tabaco							
7	¿Actualmente, fuma Ud, cigarrillos? (ENS 2017)	1	Si, uno o más cigarrillos al día	☐	Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día durante los últimos 30 días?	Número de cigarrillos al día	
						No recuerda/ no está seguro	☐
					¿A qué edad comenzó a fumar?		
		2	Si, ocasionalmente (menos de un cigarrillo al día)	☐			
		3	No, he dejado de fumar	☐			
		4	No, nunca he fumado	☐			

Salud bucal									
8	En general, Ud. diría que su salud bucal es: (ENS 2017)	1	Muy buena	☐	9	¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? (sin contar el operativo de hoy)	1	Hace menos de 6 meses	☐
		2	Buena	☐			2	Entre 6 meses y un año	☐
		3	Regular	☐			3	Más de 1 año y menos de 2 años	☐
		4	Mala	☐			4	2 o más años pero menos de 5 años	☐
		5	Muy mala	☐			5	5 o más años	☐
10	Motivo principal de la última visita al dentista (ENS 2017)	1	Dolor o molestias en los dientes, encías o boca	☐	11	En los últimos 6 meses ¿tuvo atención dental? (son considerar el operativo de hoy)	1	Si	☐
		2	Tratamiento/continuar un tratamiento	☐			2	No, solicitó atención, se la dieron, pero no pudo asistir	☐
		3	Revisión o control de rutina	☐			3	No, solicitó atención y no se la dieron	☐
		4	No sabe	☐			4	No, necesitó atención pero no la solicitó	☐
		5	No responde	☐			5	No necesitó atención	☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ha estado o se ha sentido en alguna de las siguientes situaciones? (ENS 2017)		Nunca	Casi nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
12	Mis dientes o prótesis me incomodan cuando hablo					
13	Mis dientes o prótesis son causa de sufrimiento y dolor					
14	Mis dientes o prótesis me producen incomodidad cuando como					
15	Mis dientes o prótesis interfieren con mis actividades diarias (trabajo, estudio, labores de casa, etc.)					
16	Mis dientes o prótesis interfieren con mis relaciones sociales					

Calidad de vida y salud (ENCAVI 2015-2016)									
17	Ud. diría que su salud es:	1	Excelente	☐	18	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	Muy mala	☐
		2	Muy buena	☐			2	Mala	☐
		3	Buena	☐			3	Ni buena ni mala	☐
		4	Regular	☐			4	Buena	☐
		5	Mala	☐			5	Muy buena	☐
		6	No sabe	☐			6	No sabe	☐
		7	No responde	☐			7	No responde	☐

OHIP-7Sp (ENCAVI 2015-2016)

Durante el último año		Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	No sabe	No responde
		1	2	3	4	5	6	7
19	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?							
20	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?							
21	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?							
22	¿La gente ha malentendido alguna de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?							
23	¿su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?							
24	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?							
25	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?							

26	¿En su familia hay algún integrante que haya presentado cáncer incluyéndolo a Ud. ?	1	Si, un integrante	☐	27	¿Cuál es el parentesco? (Puede marcar más de uno)	1	Ud. mismo	☐
		2	Si, más de un integrante	☐			2	Madre	☐
		3	No	☐			3	Hermana/o	☐
		4	No sabe	☐			4	Hija/o	☐
							5	Abuelos maternos	☐
							6	Tíos maternos	☐
							7	Abuelos paternos	☐
							8	Tíos paternos	☐