

Welcome

### **Forma de Consentimiento**

**Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación acerca de las opiniones de los padres sobre los efectos de un nuevo tratamiento que detiene el crecimiento de las caries. Este estudio estara conducido por la Dr.Yasmi O Crystal, Department of Pediatric Dentistry, College of Dentistry, New York University.**

**Si usted accede a participar, le haremos algunas preguntas acerca de su experiencia dental, le informaremos sobre éste tratamiento, y le preguntaremos lo que piensa de él.**

**Participación en este estudio tomará menos de 10 minutos de su tiempo.**

**Los riesgos de participar son mínimos. Aunque usted no recibirá beneficios directamente, este trabajo le permitirá al investigador entender la opinion de los padres sobre los efectos de este nuevo tipo de tratamiento. Esto es importante para que los dentistas puedan desarrollar tratamientos que cubran las necesidades de los niños y sus cuidadores.**

**Ninguna de las preguntas incluyen información personal que pueda identificarly a usted o a sus hijos. Sus respuestas son anónimas, así que no hay forma de conectar sus respuestas a su identidad.**

**La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede negarse a participar o abandonar el cuestionario sin que haya ninguna consecuencia. Usted tiene el derecho de saltar o no contestar cualquier pregunta que prefiera no contestar.**

**Si hay algun aspecto del estudio o su participacion que no sea claro, o que usted no entienda, si tiene preguntas, o si quiere reportar un problema relacionado con esta investigación, puede contactar a la Dr. Yasmi O Crystal at (732) 543-4696, yoc1@nyu.edu.**

**Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en estudios de investigación, puede contactar a University Committee on Activities Involving Human Subjects, New York University, 665 Broadway, Suite 804, New York, New York, 10012, o ask.humansubjects@nyu.edu or (212) 998-4808.**

**Usted puede solicitar una copia escrita de este consentimiento**

**Al contestar las preguntas, usted accede a participar (no guardamos su firma)**

## Versión Final. Percepciones de los padres sobre el cambio de coloración dental producido por el SDF

### Experiencia dental de sus hijos

1. Es usted la madre, padre o cuidador?

- madre
- padre
- cuidador hombre
- cuidador mujer

2. Cuantos hijos tiene usted?

Usted ha indicado que por lo menos uno de sus hijos ha tenido caries. Si más de uno de sus hijos han tenido caries, para la siguiente pregunta piense en la situación que dejo la mayor impresión en su mente.

3. Como fue el comportamiento de su hijo o hija cuando le hicieron los rellenos (empastes)? Marque todas los que apliquen.

- se portó bien para hacerle los rellenos
- estuvo molesto, pero le hicieron los rellenos
- lloró
- pateó
- gritó
- no le pudieron hacer los rellenos
- no le tratamos las caries

4. Alguno de sus hijos ha necesitado alguno de los siguientes metodos para hacer el tratamiento dental? Marque todos los que apliquen

- restricción fisica (lo tuvieron que detener)
- óxido nitroso (gas de la risa)
- sedación oral (medicina para hacerlo cansado)
- anestesia general (lo pusieron a dormir en el hospital)

5. Que tan importante cree usted que es arreglar los dientes de leche?

no es importante

poco importante

es importante

es muy importante

6. Que tipo de seguro dental tiene usted?

- seguro privado
- seguro del estado (Medicaid)
- no tengo seguro
- otro (por favor especifique)

**Versión Final. Percepciones de los padres sobre el cambio de coloración dental producido por el SDF**

**Nuevo tratamiento para caries**

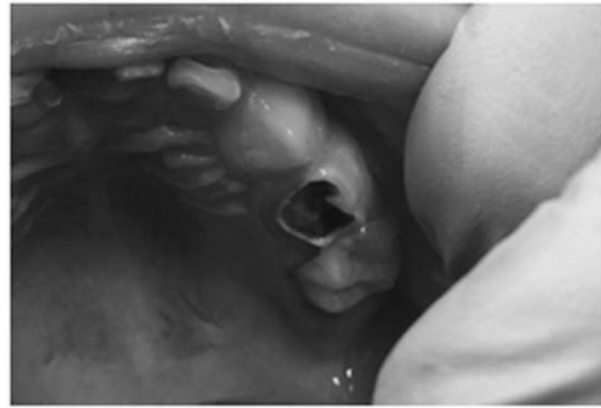
**Las caries son causadas por bacterias que producen ácido que destruye los dientes. Tenemos una nueva forma de tratar las caries. Podemos pintar un líquido en las caries que para su crecimiento. Pero este líquido cambia el color de las caries haciendolas más oscuras. El color oscuro nos dice que el tratamiento es efectivo.**

**Le vamos a enseñar algunas fotos de caries antes y después de usar este nuevo tratamiento. Nosotros queremos saber si este tratamiento le parece bueno.**

MUELAS CON CARIAS SIN TRATAR

MUELAS DESPUES DEL TRATAMIENTO

puede ver más fotos de antes y después en la plantilla



7. Si su hijo tuviera caries en las MUELAS DE ATRAS (foto a la izquierda), encontraría usted aceptable la pigmentación con el nuevo tratamiento (foto a la derecha)?

inaceptable

casi inaceptable

mas o menos aceptable

aceptable

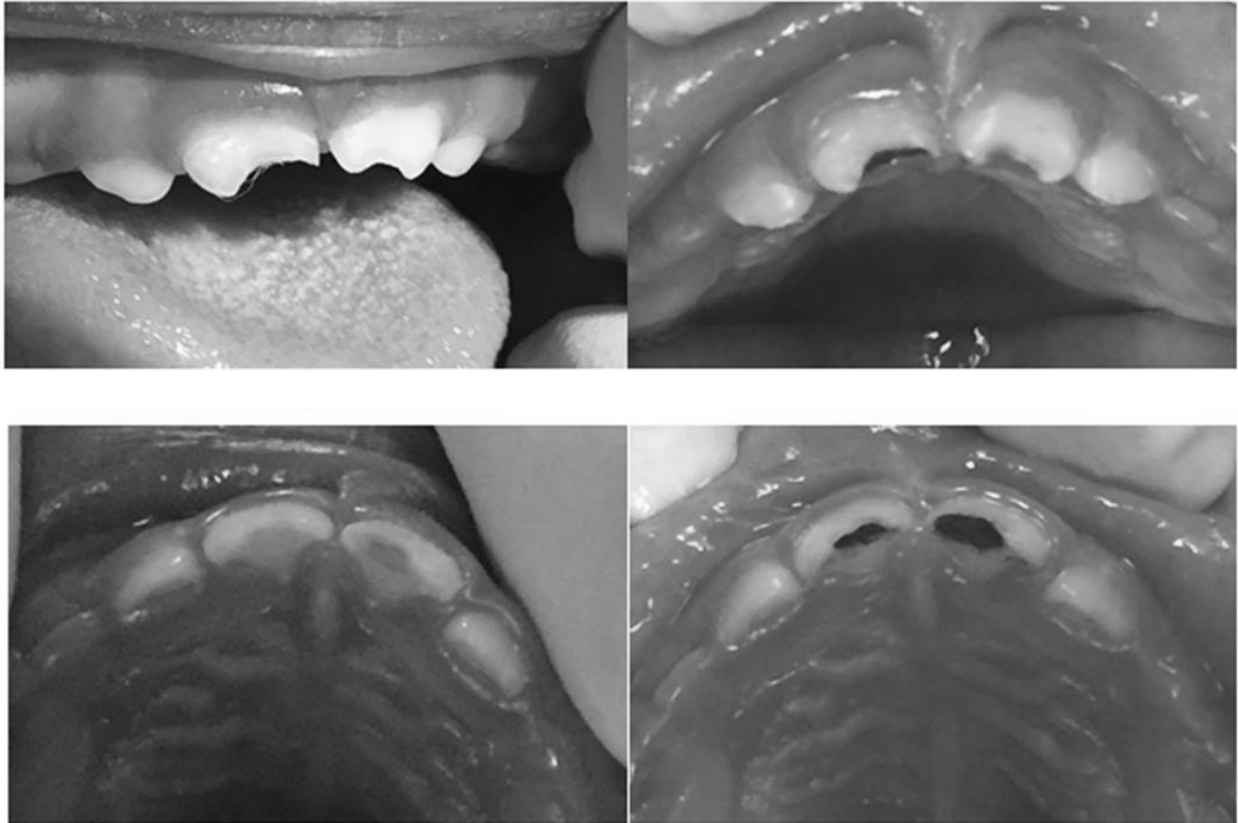


DIENTES DEL FRENTE

CARIES SIN TRATAR

DESPUES DEL TRATAMIENTO

puede ver mas fotos de antes y después en la plantilla



8. Si su hijo tuviera caries en los DIENTES DEL FRENTE (foto a la izquierda), encontraría usted aceptable la pigmentación con el nuevo tratamiento (foto a la derecha)?

inaceptable

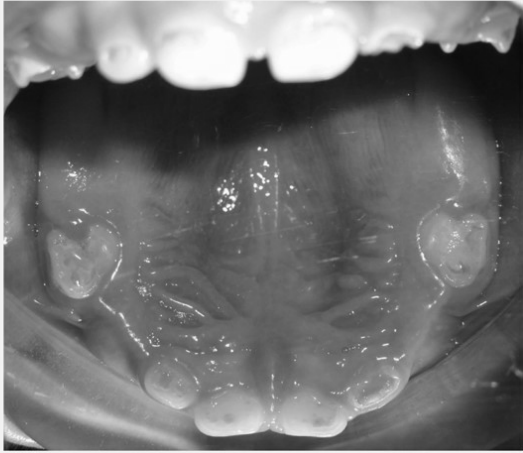
casi inaceptable

mas o menos aceptable

aceptable

BEFORE TREATMENT

AFTER TREATMENT



Después de mirar las caries SIN tratamiento (foto a la izquierda) y las caries DESPUES del nuevo tratamiento (foto a la derecha), por favor conteste las siguientes preguntas.

9. Si su hijo/a se portara bien (cooperara) para que le pusieran rellenos, escogería usted el nuevo tratamiento en lugar de hacer rellenos?

	absolutamente no	tal vez no	posiblemente si	claro que si
en dientes del frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en muelas de atrás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Si su hijo/a estuviera molesto pero pudiera cooperar lo suficiente para que le pusieran rellenos, escogería usted el nuevo tratamiento en lugar de hacer rellenos?

	absolutamente no	tal vez no	posiblemente si	claro que si
en dientes del frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en molares de atrás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Si su hijo/a llorara pero pudiera cooperar lo suficiente para que le pusieran rellenos, escogería usted el nuevo tratamiento en lugar de hacer rellenos?

	absolutamente no	tal vez no	posiblemente si	claro que si
en dientes del frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en muelas de atrás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Si su hijo/a pateara y gritara y no le pudieran hacer los rellenos, escogería usted el nuevo tratamiento en lugar de tratar de hacer rellenos?

	absolutamente no	tal vez no	posiblemente si	claro que si
en dientes del frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en muelas de atrás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Si su hijo/a necesitara sedación oral (medicina para ponerlo cansado) para poder hacerle rellenos, escogería usted el nuevo tratamiento en lugar de hacer rellenos?

	absolutamente no	tal vez no	posiblemente si	claro que si
en dientes del frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en muelas de atrás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Si su hijo/a necesitara anestesia general (ponerlo a dormir en el hospital) para poder hacerle los rellenos, escogería usted el nuevo tratamiento en lugar de hacer rellenos?

	absolutamente no	tal vez no	posiblemente si	claro que si
en dientes del frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en muelas de atrás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Hay alguna otra razón (o razones) por las cuales usted querría o NO querría que su hijo recibiera este tratamiento?

**Preguntas finales...**

16. Cual es su edad?

- 20 o menor
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51 o mayor

17. Cual es su código postal (zip code)?

18. En qué tipo de comunidad vive?

- ciudad o comunidad urbana
- comunidad suburbana
- comunidad rural
- Other (please specify)



19. A que grupo étnico pertenece? (Puede escoger más de uno)

- Indigena Americano o Nativo de Alaska
- Asiatico Hindú
- Negro o Afro-Americano
- Chino
- Filipino
- Hispano o Latino
- Japonés
- Koreano
- Vietnamita
- otro tipo de Asiatico
- de las Islas del Pacifico
- Blanco / Caucásico
- Prefiero no responder
- Other (please specify)

20. Cual es el nivel más alto de educación que ha completado usted?

- no atendí a la escuela
- terminé escuela elemental
- terminé secundaria
- me gradué de high school (o preparatoria)
- fui a la universidad (sin título)
- me gradué con un título universitario
- fuí a una escuela de postgrado
- me gradué con un título de postgrado

21. Cuales son los ingresos aproximados en su hogar?

- \$0-\$19,999
- \$20,000-\$39,999
- \$40,000-\$64,999
- \$65,000-\$103,999
- \$104,000-\$199,999
- \$200,000 or higher

22. Tiene algun comentario acerca de este cuestionario?