

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1 Limitación funcional					
1. ¿Ha notado usted que un diente no se ve bien?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Ha sentido usted que su apariencia ha sido afectada por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
2 Dolor físico					
3. ¿Ha tenido usted dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Ha tenido usted áreas dolorosas en su boca?	<input type="checkbox"/>				
3 Malestar psicológico					
5. ¿Ha estado usted preocupado por problemas dentales?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Se ha sentido inconforme sobre la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
4 Discapacidad física					
7. ¿Ha sentido usted que hay menos sabor en sus alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
8. ¿Ha evitado usted sonreír por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
5 Discapacidad psicológica					
9. ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
10. ¿Ha estado usted un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
6 Discapacidad social					
11. ¿Ha evitado usted salir por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Ha tenido usted dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
7 Minusvalía					
13. ¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
14. ¿Ha sentido usted que la vida en general ha sido menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>				
Total =					

Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4.