



**2011**

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del  
Comportamiento  
Cuestionario**

**20 de enero de 2011**

# Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento

## Borrador del cuestionario 2011

Sección 1: Estado de salud.....	5
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud .....	5
Sección 3: Acceso a cuidados médicos.....	6
Sección 4: Conocimiento de su hipertensión.....	7
Sección 5: Conocimiento de su colesterol .....	7
Sección 6: Afecciones crónicas .....	8
Módulo 1: Prediabetes .....	11
Módulo 2: Diabetes .....	11
Sección 7: Consumo de tabaco .....	14
Sección 8: Información demográfica.....	15
Sección 9: Frutas y verduras .....	20
Sección 10: Ejercicio (Actividad física) .....	24
Sección 11: Discapacidad.....	26
Sección 12: Carga de la artritis.....	26
Sección 13: Uso del cinturón de seguridad .....	28
Sección 14: Vacunas .....	28
Sección 15: Consumo de alcohol.....	29
Sección 16: VIH/SIDA .....	30
<b>Módulos opcionales .....</b>	<b>33</b>
Módulo 10: Medidas para controlar la hipertensión arterial.....	36
Módulo 11: Ataque cardíaco y accidente cerebrovascular .....	38
Módulo 18: Control de la artritis .....	40
Módulo 22: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).....	41
Módulo 27: Deficiencias cognitivas.....	42
Módulo 32: Selección aleatoria de niños .....	45
Módulo 33: Prevalencia de asma infantil .....	47
<b>State-Added Questions.....</b>	<b>48</b>
Childhood Diabetes Prevalence.....	48
Child Obesity-related.....	48
Insurance and Access.....	49
Cholesterol Control .....	64
Mammogram .....	65
Colon Cancer Screening .....	67
Skin Cancer.....	68
Quality of Life .....	69
Tobacco.....	69
Cell Phones .....	72
Sidewalks .....	73
Obesity Responsibility.....	73
<b>State Follow-up Question.....</b>	<b>75</b>
<b>Asthma Follow-Up.....</b>	<b>76</b>
<b>Closing.....</b>	<b>76</b>
Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 10: Actividad física).....	78
Lista de afecciones de salud que acompañan al módulo 8, pregunta 3.....	79

## Guión para el encuestador

HOLA, llamo de parte del **(departamento de salud)**. Mi nombre es **(nombre)** . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de **(estado)**. Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con la asistencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre salud y sus prácticas de salud.

¿Estoy hablando al **(número de teléfono)**?

**Si la respuesta es "No",**

Disculpe; es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. Adiós. **CUELGUE**

¿Es éste un domicilio particular en **(estado)**?

**Si la respuesta es "No",**

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos haciendo la encuesta en domicilios particulares.

**(estado) . CUELGUE**

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**[Léale solo si es necesario: "Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario".**

**Si la respuesta es "Sí",**

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos fijos y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. **CUELGUE**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

\_\_\_ Cantidad de adultos

**Si la respuesta es "1",**

¿Es usted el adulto?

**Si la respuesta es "Sí",**

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Indique abajo 1 hombre o 1 mujer (Pregunte el sexo, de ser necesario). **Pase a la página 5.**

**Si la respuesta es "No",**

¿El adulto es hombre o mujer? Escriba abajo 1 hombre o 1 mujer. ¿Podría hablar con **[indique**

**(él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior]? Pase a la parte de "persona encuestada correspondiente" en la próxima página. 5**

¿Cuántos de estos adultos son hombres y cuántos son mujeres?

\_\_\_ Cantidad de hombres

\_\_\_ Cantidad de mujeres

La persona que vive en su casa con quien necesito hablar es .

**Si la respuesta es “usted”, pase a la página 5**

**A la persona encuestada correspondiente:**

HOLA, llamo de parte del (**departamento de salud**). Mi nombre es (**nombre**). Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de (**estado**). Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con la asistencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre salud y sus prácticas de salud.

## Secciones básicas

No le preguntaré su apellido, su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta entrevista en cualquier momento. Toda la información que usted me brinde será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **(dé el número de teléfono estatal que corresponda)**.

### Sección 1: Estado de salud

---

1.1 Diría usted que su estado de salud general es: (73)

**Léale:**

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular

**O**

- 5 Malo

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

### Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud

---

2.1 Con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su salud física no fue buena? (74–75)

- Número de días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

2.2 Con respecto a su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno? (76–77)

- Número de días
- 88 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ningún día), pase a la siguiente sección]**
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

2.3 En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud física o mental le impidieron realizar sus actividades cotidianas, tales como cuidados personales, trabajo o recreación? (78–79)

- Número de días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

## Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

**3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico, como seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare o Servicios de Salud a Poblaciones Indígenas? (80)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**3.2** ¿Hay alguna persona a la que usted considere su médico o proveedor de atención médica personal?

Si la respuesta es "No", pregunte: "¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico o proveedor de atención médica personal?" (81)

- 1 Sí, solo una
- 2 Más de una
- 3 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**3.3** En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico pero no pudo hacerlo por razones económicas? (82)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**3.4** ¿Cuándo fue la última vez que visitó al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

## Sección 4: Conocimiento de su hipertensión

---

- 4.1 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión)? (84)

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele:  
"¿Esto fue únicamente durante su embarazo?"

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo **[Pase a la siguiente sección]**
- 3 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 4 Hipertensión arterial límite o prehipertenso **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

- 4.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta? (85)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 5: Conocimiento de su colesterol

---

- 5.1 El colesterol en la sangre es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿ALGUNA VEZ le han analizado el colesterol en la sangre? (86)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

- 5.2 ¿Cuánto hace aproximadamente que le analizaron el colesterol en la sangre? (87)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

- 5.3 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es elevado?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 6: Afecciones crónicas

---

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de las condiciones generales de salud.

¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda —Sí", —No", o —No estoy seguro".

**6.1** ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (89)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**6.2** ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo angina de pecho o cardiopatía coronaria? (90)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**6.3** ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo un accidente cerebrovascular o derrame? (91)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**6.4** ¿ (Alguna vez le dijeron) que tenía asma? (92)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P6.6]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P6.6]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P6.6]**

**6.5** ¿Usted sigue teniendo asma? (93)



- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**6.6** ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía cáncer de piel?

(94)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**6.7** ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía otros tipos de cáncer?

(95)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**6.8** ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema o bronquitis crónica)?

(96)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**6.9** ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

(97)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Los diagnósticos de artritis incluyen:**

- Reumatismo, polimialgia reumática
- Artrosis (no osteoporosis)
- Tendinitis, bursitis, juanete, codo de tenista (epicondilitis)
- Síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- Infección en las articulaciones, síndrome de Reiter
- Espondilitis anquilosante; espondilosis
- Síndrome del manguito de los rotadores
- Enfermedad del tejido conjuntivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- Vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener)

- Poliarteritis nodosa

**6.10** (¿Alguna vez le dijeron) que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (98)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

**6.11** ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía una enfermedad renal? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga o incontinencia). (99)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incontinencia es no poder controlar la salida de la orina.

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

**6.12** ¿Tiene un médico, enfermera o profesional de la salud ha dicho que usted tiene trastorno de la visión en uno o ambos ojos, incluso con gafas? (100)

1 Sí  
2 No  
3 No es aplicable (Ciego)  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

**6.13** ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía diabetes? (101)

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante el embarazo?"

Si la persona encuestada contesta que le diagnosticaron prediabetes o intolerancia a la glucosa, utilice el código de respuesta 4.

- 1 Sí  
2 Sí, pero la encuestada dijo que solo durante el embarazo  
3 No  
4 No, prediabetes o intolerancia a la glucosa  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

## Módulo 1: Prediabetes

---

**NOTA: solo se les hacen las preguntas de este módulo a quienes contestaron "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.13 (pregunta sobre si saben que tienen diabetes).**

1. ¿Se ha hecho un examen para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (245)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.13 = 4 (No, prediabetes o intolerancia a la glucosa); conteste P2 "Sí" (código = 1).**

2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

**Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante el embarazo?"**

(246)

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | Sí                      |
| 2 | Sí, durante el embarazo |
| 3 | No                      |
| 7 | No sabe/No está seguro  |
| 9 | Se niega a contestar    |

## Módulo 2: Diabetes

---

**Haga las preguntas siguientes si la respuesta a la pregunta básica P6.13 (código = 1) es "Sí".**

1. ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes? (247–248)
- |    |   |
|----|---|
| -- | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |
| 98 | No sabe/No está seguro                    |
| 99 | Se niega a contestar 35                   |

2. ¿Está tomando insulina actualmente? (249)
- 1 Sí  
2 No  
9 Se niega a contestar
3. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia examina su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (250–252)
- 1 \_\_ Veces por día  
2 \_\_ Veces por semana  
3 \_\_ Veces por mes  
4 \_\_ Veces por año  
888 Nunca  
777 No sabe/No está seguro  
999 Se niega a contestar
4. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (253–255)
- 1 \_\_ Veces por día  
2 \_\_ Veces por semana  
3 \_\_ Veces por mes  
4 \_\_ Veces por año  
555 No tiene pies  
888 Nunca  
777 No sabe/No está seguro  
999 Se niega a contestar
5. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses consultó a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes? (256–257)
- \_\_ Número de veces [76 = 76 o más]  
88 Ninguna  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar
6. La prueba —A1C mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba —A1C? (258–259)
- \_\_ Número de veces [76 = 76 o más]  
88 Ninguna  
98 Nunca ha oído hablar de la prueba —A1C.  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si P4 = 555 (No tiene pies), pase a P8.**

7. ¿Aproximadamente cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectarle heridas o irritaciones? (260–261)

-- Número de veces [76 = 76 o más]  
88 Ninguna  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

8. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante. (262)

**Léale solo si es necesario:**

1 En el último mes (hace menos de 1 mes)  
2 En el último año (hace 1 mes pero menos de 12 meses)  
3 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)  
4 Hace 2 años o más

**No le lea:**

7 No sabe/No está seguro  
8 Nunca  
9 Se niega a contestar

9. ¿Su médico le ha dicho en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (263)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

10. ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (264)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: Si P6.13 = 1 (Sí), pase a Módulo Opcional de Diabetes (si se usa). Para las otras respuestas a P6.13, vaya a Módulo Opcional de Pre-Diabetes (si se usa). De lo contrario, pase a la siguiente sección.**

## Sección 7: Consumo de tabaco

---

**7.1** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (102)

**NOTA: 5 cajetillas = 100 cigarrillos**

- |   |                        |                      |
|---|------------------------|----------------------|
| 1 | Sí                     |                      |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P7.5]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P7.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P7.5]</b> |

**7.2** Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca? (103)

- |   |                        |                      |
|---|------------------------|----------------------|
| 1 | Todos los días         |                      |
| 2 | Algunos días           |                      |
| 3 | Nunca                  | <b>[Pase a P7.4]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P7.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P7.5]</b> |

**7.3** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (104)

- |   |                        |                      |
|---|------------------------|----------------------|
| 1 | Sí                     | <b>[Pase a P7.5]</b> |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P7.5]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P7.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P7.5]</b> |

**7.4** ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos de manera habitual? (105-106)

- |     |   |
|-----|---|
| 0 1 | En el último mes (hace menos de 1 mes)                |
| 0 2 | En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3)   |
| 0 3 | En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6) |
| 0 4 | En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año)   |
| 0 5 | En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5)    |
| 0 6 | En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) |
| 0 7 | Hace 10 años o más                                    |
| 0 8 | Nunca fumó de manera habitual                         |
| 7 7 | No sabe/No está seguro                                |
| 9 9 | Se niega a contestar                                  |

7.5 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca? (107)

**NOTA: El *snus* (que es el nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y que generalmente se vende en bolsitas que se colocan debajo del labio haciendo presión contra la encía.**

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 8: Información demográfica

---

8.1 ¿Qué edad tiene? (108–109)

- Codifique la edad en años
- 07 No sabe/No está seguro
- 09 Se niega a contestar

8.2 ¿Es usted hispano o latino? (110)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.3 ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece? (111–116)

**(Marque todas las opciones que correspondan)**

**Léale:**

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska

**O**

- 6 Otra [especifique]\_\_\_\_\_

**No le lea:**

- 8 No indica otras opciones
- 7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar  
8.4 ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (117)

**Léale:**

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska

**O**

6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.5 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar? El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero SÍ incluye las actividades de movilización, como por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico. (118)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.6 Es usted... (119)

**Léale:**

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Nunca se ha casado

**O**

6 Vive en pareja sin estar casado

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar



**8.7** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (120–121)

- \_\_ Cantidad de niños  
88 Ninguno  
99 Se niega a contestar

**8.8** ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? (122)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 Nunca fue a la escuela o solo recibió educación preescolar.
- 2 De 1.º a 8.º grado (educación primaria)
- 3 De 9.º a 11.º grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 años de universidad (algunos años de educación universitaria o escuela técnica)
- 6 4 o más años de universidad (universitario graduado)

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

**8.9** Es usted actualmente... (123)

**Léale:**

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado desde hace más de 1 año
- 4 Desempleado desde hace menos de 1 año
- 5 Encargado de las tareas del hogar
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

**O**

- 8 Está incapacitado para trabajar

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

**8.10** Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de todos los habitantes del hogar: (124–125)

**Si la persona encuestada se niega a dar una respuesta a los DIFERENTES niveles de ingresos, indique código "99" (Se niega a contestar)**

**Léale solo si es necesario:**

- 0 4 Menos de \$25,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 05; si es "Sí", pregunte 03** (entre \$20,000 y menos de \$25,000)

- 0 3 Menos de \$20,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 04; si es "Sí", pregunte 02** (entre \$15,000 y menos de \$20,000)
- 0 2 Menos de \$15,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 03; si es "Sí", pregunte 01** (entre \$10,000 y menos de \$15,000)
- 0 1 Menos de \$10,000 **Si la respuesta es "No", codifique 02**
- 0 5 Menos de \$35,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 06** (entre \$25,000 y menos de \$35,000)
- 0 6 Menos de \$50,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 07** (entre \$35,000 y menos de \$50,000)
- 0 7 Menos de \$75,000 **Si la respuesta es "No", codifique 08** (entre \$50,000 y menos de \$75,000)
- 0 8 \$75,000 o más

**No le lea:**

- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

**8.11** Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (126–129)

**Nota: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 126.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

- \_\_\_\_ Peso  
(libras/kilogramos)
- 7777 No sabe/No está seguro
- 9999 Se niega a contestar

**8.12** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (130–133)

**NOTA: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 130.**

**Redondee los decimales hacia abajo**

- \_\_ / \_\_ Estatura  
(pies / pulgadas/metros/centímetros)
- 77 / 77 No sabe/No está seguro
- 99 / 99 Se niega a contestar

**8.13** ¿En qué condado vive? (134–136)

- \_\_\_\_ Código ANSI [*American National Standards Institute*] del condado
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

**8.14** ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (137–141)

- \_\_\_\_ Código postal (*Zip Code*)
- 7 7 7 7 7 No sabe/No está seguro

9 9 9 9 9 Se niega a contestar

**8.15** ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax. (142)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P8.17]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P8.17]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P8.17]**

**8.16** ¿Cuántos de estos números de teléfono son de la casa? (143)

- Números de teléfono de la casa **[6 = 6 o más]**
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**8.17** ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Por favor incluya los teléfonos celulares de uso personal y de trabajo. (144)

- 1 Sí **[Pase a P8.19]**
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**8.18** ¿Comparte usted su teléfono celular personal (al menos un tercio del tiempo) con otros adultos? (145)

- 1 Sí **[Pase a P8.20]**
- 2 No **[Pase a P8.21]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P8.21]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P8.21]**

**8.19** ¿Por lo general, comparte usted este teléfono celular (al menos por un tercio del tiempo) con otros adultos? (146)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**8.20** Piense en todas las llamadas que recibe tanto a través de su línea de teléfono fijo como a través del teléfono celular, ¿qué porcentaje de esas llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular? (147–149)

- — — Anote el porcentaje (1 a 100)
- 888 Cero
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

8.21. ¿Su casa es propia o rentada? (150)

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: “Otra situación de vivienda” puede incluir habitar una casa en forma grupal o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.**

**NOTA: La casa se define como el lugar donde usted vive la mayor parte del tiempo o del año.**

8.22 Indique el sexo de la persona encuestada. Pregúntele solo si es necesario. (151)

- 1 Masculino **[Pase a la siguiente sección]**
- 2 Femenino **[Si la persona encuestada tiene 45 años o más, pase a la siguiente sección]**

8.23 Que usted sepa, ¿está embarazada? (152)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

## Sección 9: Frutas y verduras

---

Las preguntas siguientes son acerca de las frutas y verduras que **usted** comió o bebió en los últimos 30 días. Por favor, piense en las frutas y verduras en todas sus presentaciones, ya sea crudas o cocinadas, frescas, congeladas y enlatadas. Piense en todas las comidas, refrigerios y alimentos que consumió en la casa y afuera de la casa.

Le preguntaré con qué frecuencia **usted** comió o bebió cada uno de ellos: por ejemplo: una vez al día, dos veces a la semana, tres veces al mes y así, sucesivamente.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado responde menos de una vez al mes, ponga “0” veces por mes. Si menciona una cifra pero no un periodo, pregúntele: “¿Esto fue por día, por semana o por mes?”**

9.1 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes bebió jugos de fruta PUROS al 100%? No incluya las bebidas azucaradas con sabor a fruta ni el jugo que preparó en su casa agregándole azúcar. Solo el jugo que sea al 100%. (153-155)

- 1 \_\_ Al día
- 2 \_\_ A la semana
- 3 \_\_ Al mes
- 5 5 5 Nunca

7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** No incluya las bebidas de frutas endulzadas con azúcar o con otros edulcorantes como Kool-aid, Hi-C, limonada, bebida mezclada de *cranberry* (arándanos agrios), Tampico, Sunny Delight, Snapple, Fruitopia, Gatorade, Power-Ade o bebidas de yogur.

No incluya los jugos de fruta que proporcionan la dosis recomendada diaria de vitamina C al 100% pero que contienen azúcar adicional.

No incluya los jugos de verduras, como jugo de tomate y jugo V8 si el encuestado los menciona, pero anótelos en la pregunta 9.6 sobre “otras verduras”.

**INCLUYA jugos 100% puros, como jugo de naranja, mango, papaya, piña, manzana, uva (roja o blanca) o toronja. Solo incluya el jugo de *cranberry* si la percepción del encuestado es que es jugo al 100% sin azúcar ni edulcorantes. Las combinaciones de jugos puros al 100% como naranja-piña, naranja-mandarina, *cranberry*-uva también son aceptables como mezclas de frutas-verduras al 100%. También cuenta el jugo 100% puro hecho a base de concentrado (es decir, reconstituido).**

**9.2** Durante el último mes, sin contar el jugo, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió frutas? Puede ser fruta fresca, congelada o enlatada.

(156-158)

1 \_ \_ Al día  
2 \_ \_ A la semana  
3 \_ \_ Al mes  
5 5 5 Nunca  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**Léale solo si es necesario:** “Está bien si dice un aproximado. Incluya manzanas, bananas, salsa de manzana, naranjas, toronja, ensalada de frutas, sandía, cualquier tipo de melón, papaya, lichis, carambolo, granada, mango, uvas y arándanos como moras o *blueberries* y fresas”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** No incluya mermeladas, jaleas o conservas de frutas.

No incluya frutos secos en cereales listos para servir.

Anote uvas pasas secas y en lata si el encuestado las menciona, *pero debido a que vienen en porciones pequeñas no se incluyen en la pregunta.*

Incluya las frutas frescas en trozos, congeladas o enlatadas que se añaden al yogur, el cereal, la gelatina u otros platillos.

Incluya frutas de relevancia cultural y geográfica que no estén mencionadas (p. ej., *genip* o limoncillo, guanábana, anona o anón, higos, tamarindo, árbol del pan o *frutiplan*, papaturro o uva caleta, carambola, longan, lichis, blighia, rambután, etc.)

- 9.3** Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió leguminosas cocinadas enlatadas como frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles negros y garbanzos, sopa de frijoles, semillas de soya, edamame, tofu o lentejas? (159-161)

1 \_\_ Al día  
2 \_\_ A la semana  
3 \_\_ Al mes  
5 5 5 Nunca  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**Léale solo si es necesario: "Incluya otras leguminosas redondas u ovals como alubias, frijoles pintos, guisantes partidos, guisantes pintos, *hummus*, lentejas, semillas de soya y tofu.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incluya las semillas de soya llamadas también edamame, TOFU (QUESO DE SOYA), porotos, frijoles pintos, *hummus*, lentejas, frijoles negros, frijoles de cabecita negra, guisantes pintos, judías de lima y frijoles blancos. Incluya las hamburguesas de frijoles como hamburguesas vegetarianas.**

**Incluya *falafel* y *tempeh*.**

- 9.4** Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras verde oscuro como brócoli o verduras de hoja verde oscura como lechuga romana, acelga, berza o espinaca? (162-164)

1 \_\_ Al día  
2 \_\_ A la semana  
3 \_\_ Al mes  
5 5 5 Nunca  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Cada vez que coma una verdura cuenta como "una vez".**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incluya todas las ensaladas crudas de hojas verdes como espinaca, mesclun, lechuga romana, lechuga de hoja verde oscura, *bok choy*, dientes de león, komatsuna, berro y arugula.**

**No incluya la lechuga *iceberg* (de cabeza) si le mencionan este tipo de lechuga. Incluya todas las verduras verdes cocinadas como col rizada, berza, verdura china (*choy*), hojas de nabo, mostaza salvaje.**

- 9.5** Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras anaranjadas como batatas (camotes), calabazas, calabacines o zanahorias? (165-167)

1 \_\_ Al día  
2 \_\_ A la semana  
3 \_\_ Al mes  
5 5 5 Nunca

- 7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**Léale solo si es necesario: “Los calabacines tienen corteza gruesa y dura y su carne es de color amarillo fuerte o naranja. Incluyen boneteras, ranúnculos y calabaza espagueti”.**

**PARA EL ENCUESTADOR: Incluya todos los tipos de zanahorias, como las largas y las de corte pequeño.**

**Incluya ensalada de zanahoria (p. ej., zanahorias rayadas acompañadas o no de otras frutas o verduras).**

**Incluya las batatas (camotes) en todas sus presentaciones, como al horno, en puré, en guisado, en tarta o fritas.**

**Incluya todas las variedades de calabazas de invierno de corteza dura como bonetera, cayote, zapallo, moscada, ranúnculo, delicata, ahuyama, kabocha (también conocida como Ebisu, Delica, Hoka, Hokkaido o calabaza japonesa) y calabaza espagueti. Indique todas las presentaciones, incluida la sopa.**

**Incluya calabaza, como en sopa y en tarta. No incluya las barritas de calabaza, pasteles, panes u otro tipo de postres con cereales que contengan calabaza (es decir, similares a las barritas de zapallo y barritas de calabacín que no incluimos).**

- 9.6** Sin contar las verduras que ya me dijo, durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes consumió OTRAS verduras? Ejemplos de otras verduras pueden ser tomates, jugo de tomate o jugo V-8, maíz, berenjenas, guisantes (chícharos), lechuga, col y papas blancas que no estén fritas, como papas al horno o en puré.

(168-170)

- 1 \_ \_ Al día  
2 \_ \_ A la semana  
3 \_ \_ Al mes  
5 5 5 Nunca  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**Léale solo si es necesario: “No cuente las verduras que ya mencionó y no incluya las papas fritas”.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incluya maíz, guisantes, tomates, okra, betabel, coliflor, germinados de alfalfa, aguacates, pepinos, cebollas, pimientos (rojo, verde, amarillo, naranja); todas las coles, incluida la ensalada de repollo estilo americano; champiñones, arveja china, guisante azucarado, habas, habichuelas verdes de enrame.**

**Incluya todas las verduras en todas sus presentaciones (crudas, cocidas, enlatadas o congeladas).**

**No incluya productos consumidos habitualmente como condimentos como salsa de tomate (cátsup), salsa mexicana, conserva agri dulce y salsa *relish*.**

**Incluya el jugo de tomate si el encuestado no lo mencionó en los jugos de frutas.**

**Incluya verduras de relevancia geográfica y cultural que no estén mencionadas (p. ej., daikón, jícama, pepino oriental, etc.).**

**No incluya el arroz u otros granos.**

## Sección 10: Ejercicio (Actividad física)

---

Las preguntas siguientes son acerca del ejercicio, las actividades físicas o recreativas que realiza aparte de sus actividades cotidianas del trabajo.

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado no tiene “tareas habituales de su trabajo” o está jubilado, puede contar la actividad física o el ejercicio que hace la mayor parte del tiempo en un mes habitual.**

**10.1** En el último mes, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o labores de jardinería? (171)

- |   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                     |                       |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P10.8]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P10.8]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P10.8]</b> |

**10.2.** ¿A qué tipo de actividad o ejercicio dedicó más tiempo durante el último mes? (172-173)

- |     |                         |   |
|-----|-------------------------|---|
| __  | (Especifique)           | <b>[Vea la Lista A de codificación]</b> |
| 7 7 | No sabe /No está seguro | <b>[Pase a P10.8]</b>                   |
| 9 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P10.8]</b>                   |

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la Lista A de codificación, seleccione la opción “Otra”.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Trabajo en la casa se puede incluir como actividad física o ejercicio y codificarse como “Otra”.**

**10.3** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes? (174-176)

- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1__   | Veces por semana       |
| 2__   | Veces por mes          |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |



**10.4** Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?  
(177-179)

\_: \_ Horas y minutos  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**10.5** ¿Qué otro tipo de actividad física realizó en segundo lugar durante el último mes?  
(180-181)

\_ \_ (Especifique) **[Vea la Lista A de codificación]**  
8 8 Ninguna otra actividad **[Pase a P10.8]**  
7 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P10.8]**  
9 9 Se niega a contestar **[Pase a P10.8]**

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si la actividad del encuestado no está incluida en la Lista A de codificación, seleccione la opción “Otra”.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Trabajos en la casa casa puede incluir actividad física o ejercicio y se puede codificar como “Otras”.**

**10.6** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes?  
(182-184)

1 \_ \_ Veces por semana  
2 \_ \_ Veces por mes  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**10.7** Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?  
(185-187)

\_: \_ Horas y minutos  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

**10.8** Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos? NO cuente ejercicios aeróbicos como caminar, correr o andar en bicicleta. Cuente actividad física en la que use su peso corporal, como yoga, sentadillas o lagartijas, y en la que use máquinas, como pesas o bandas elásticas.  
(188-190)

1 \_ \_ Veces por semana  
2 \_ \_ Veces por mes  
8 8 8 Nunca  
7 7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 9 Se niega a contestar

## Sección 11: Discapacidad

---

Las preguntas siguientes se refieren a problemas de salud o limitaciones que pueda tener.

**11.1** ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (191)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe /No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**11.2** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (192)

**Incluya el uso de equipo en forma esporádica o en ciertas circunstancias.**

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe /No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 12: Carga de la artritis

---

**Si P6.9 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase a la siguiente sección.**

Ahora le voy a hacer preguntas sobre la artritis.

La artritis puede causar síntomas como dolor, molestias o rigidez en una articulación o alrededor de ella.

**12.1** ¿Enfrenta actualmente limitaciones en alguna de sus actividades cotidianas a causa de los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones? (193)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: “Por favor, responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** P12.2 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral.

- 12.2** En la pregunta siguiente, nos referimos a un trabajo remunerado. ¿Los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones impiden actualmente su trabajo, afectan el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace? (194)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** si la persona encuestada responde a cada una de estas especificaciones (si trabaja o no, tipo de trabajo y cantidad de trabajo) y alguna de las respuestas es "Sí", marque toda la respuesta con "Sí". Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: "Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento".

- 12.3** En los últimos 30 días, ¿en qué medida los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones han afectado sus actividades sociales normales, como ir de compras, al cine o a reuniones religiosas o sociales? (195)

**Léale:**

- 1 Mucho
- 2 Un poco
- 3 De ninguna manera

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: "Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento".

- 12.4** Por favor, piense en los últimos 30 días, intentando recordar todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si tomó o no medicamentos. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿qué tan intenso fue EN PROMEDIO su dolor en las articulaciones? *Por favor responda en una escala de 0 a 10, donde 0 es ningún dolor ni molestia y 10 el peor dolor o molestia.* (196-197)

- Anote el número [00-10]
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

## Sección 13: Uso del cinturón de seguridad

---

- 13.1** ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un carro? Diría usted que... (198)

**Léale:**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca maneja ni viaja en carro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 14: Vacunas

---

- 14.1** Ahora le voy a preguntar sobre la influenza estacional. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza estacional, una es mediante una inyección en el brazo y la otra consiste en un aerosol o atomizador nasal llamada FluMist™. En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe estacional mediante un atomizador que se aplica en la nariz? (199)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P14.4]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P14.4]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P14.4]

- 14.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la gripe en atomizador aplicado en la nariz? (200-205)

- \_\_ / \_\_ Mes / Año
- 77 / 7777 No sabe/No está seguro
- 99 / 9999 Se niega a contestar

- 14.3.** ¿A qué tipo de lugar se puso su última vacuna contra la gripe / vacuna? (206–207)

- 01 En el consultorio de un médico o en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- 02 En una institución médica
- 03 En otro tipo de clínica o centro de salud (Por ejemplo: un centro médico comunitario)

- 04 En un centro para la tercera edad, recreativo o comunitario
- 05 En una tienda (Por ejemplo: un supermercado o una farmacia)
- 06 En un hospital (Por ejemplo: mientras estaba internado)
- 07 En una sala de emergencia
- 08 En su lugar de trabajo
- 09 En algún otro lugar
- 10 Se vacunó en Canadá o México (Información suministrada voluntariamente – no lea)
- 11 Escuela
- 77 No sabe / No está seguro (**Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde se vacunó contra la gripe por última vez?”**)

**No lea:**

- 99 Se niega a contestar

**14.4** Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es diferente a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía? (208)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 15: Consumo de alcohol

---

**15.1** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, bebida a base de malta o licor? (209-211)

- 1\_\_ Días por semana
- 2\_\_ Días en los últimos 30 días
- 8 8 8 Ningún trago en los últimos 30 días **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 7 7 No sabe/No está seguro **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

**15.2** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. En los últimos 30 días, durante los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

(212–213)

**NOTA: Una cerveza de 40 onzas equivaldría a tres tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a dos tragos.**

- \_\_ Cantidad de tragos
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

- 15.3** Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión **X tragos [CATI X = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres]** o más? (214–215)

-- Cantidad de veces  
 88 Ninguna  
 77 No sabe/No está seguro  
 99 Se niega a contestar

- 15.4** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión? (216–217)

-- Cantidad de tragos  
 77 No sabe/No está seguro  
 99 Se niega a contestar

## Sección 16: VIH/SIDA

---

Las preguntas siguientes se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no tiene que contestar todas las preguntas si no lo desea. Aun cuando le hagamos preguntas sobre las pruebas, no le pediremos los resultados de las pruebas que usted se haya hecho.

- 16.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (218)

1 Sí  
 2 No [Pase a P16.3]  
 7 No sabe/No está seguro [Pase a P16.3]  
 9 Se niega a contestar [Pase a P16.3]

- 16.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (219–224)

**NOTA: si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".**  
**INSTRUCCIÓN DE CATI: si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, marque los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.**

--/---- Codifique mes y año  
 77/7777 No sabe/ No está seguro  
 99/9999 Se niega a contestar

**16.3** Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de esas situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme qué situación es.

- En el último año ha consumido drogas intravenosas.
- En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.
- En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.
- En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?

(225)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## **Párrafo de cierre o transición a módulos y preguntas complementarias de los estados**

### **Párrafo de cierre**

#### **Léale:**

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán de modo que nos ayuden a brindar información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

**O**

### **Transición a módulos o a preguntas complementarias hechas por los estados**

#### **Léale:**

Para finalizar, tengo unas preguntas sobre otros temas de salud.



## Módulos opcionales

### Módulo 5: Salud reproductiva y planificación familiar

---

**Si el encuestado es un hombre o una mujer de 45 años o más, pase al siguiente módulo.**

La siguiente pregunta es sobre las conversaciones que ha tenido como parte de su consulta médica de rutina. **NO** incluya las consultas médicas durante el embarazo, también llamadas consultas prenatales.

1. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro miembro del personal médico le ha hablado sobre cómo prepararse para tener un embarazo normal y un bebé sano? (281)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias y lo que piensa sobre la planificación familiar. Recuerde que todas sus respuestas serán confidenciales. (282)

2. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la entrevistada está embarazada, codifique Sí.**

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

3. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usted o su esposo/pareja hicieron algo para evitar un embarazo? (283)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P5]
- 3 No tiene pareja/no tiene actividad sexual [Pase a P6]
- 4 Pareja del mismo sexo [Pase a P6]
- 7 No sabe/No está segura [Pase a P6]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P6]

4. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿qué hicieron usted o su esposo/pareja para evitar un embarazo? (284-285)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si la encuestada indica **MÁS DE UN** método anticonceptivo, anote el que aparezca primero en la lista.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si la encuestada indica usar “condones”, pregúntele si son “condones de mujer” o “condones de hombre”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si la encuestada indica usar “DIU” (dispositivo intrauterino), pregunte para saber si es “DIU de levonorgestrel” o “DIU de alambre de cobre”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si la encuestada responde “otro método”, pídale que especifique y asegúrese de que la respuesta no corresponda a alguna otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márkelo adecuadamente.

**Léale solo si es necesario:**

01. Esterilización femenina (p. ej., ligadura de trompas, Essure, Adiana) **[Pase a P7]**
02. Esterilización masculina (vasectomía) **[Pase a P7]**
03. Implante anticonceptivo (p. ej., Implanon) **[Pase a P6]**
04. DIU de Levonorgestrel (LNG) u hormonal (como Mirena) **[Pase a P6]**
05. DIU de cobre (como ParaGard) **[Pase a P6]**
06. DIU, de tipo desconocido **[Pase a P6]**
07. Inyecciones (como Depo-Provera) **[Pase a P6]**
08. Pastillas anticonceptivas de cualquier tipo **[Pase a P6]**
09. Parche anticonceptivo (como Ortho Evra) **[Pase a P6]**
10. Anillo anticonceptivo (como NuvaRing) **[Pase a P6]**
11. Condones de hombre **[Pase a P6]**
12. Diafragma, capuchón cervical, esponja **[Pase a P6]**
13. Condones de mujer **[Pase a P6]**
14. No tiene relaciones sexuales en ciertos días (método de ritmo o método anticonceptivo natural) **[Pase a P6]**
15. Retiro antes de la eyaculación (eyacula afuera) **[Pase a P6]**
16. Espuma, gel, película o crema anticonceptiva **[Pase a P6]**
17. Anticonceptivos de emergencia (pastilla de la "mañana siguiente") **[Pase a P6]**
18. Otro método **[Pase a P6]**
  
77. No sabe/No está segura **[Pase a P6]**
99. Se niega a contestar **[Pase a P6]**

Algunos de los motivos que puede haber tenido usted para no hacer nada para evitar un embarazo la última vez que tuvieron relaciones sexuales pueden ser: desear un embarazo, no tener dinero para comprar un método anticonceptivo o pensar que no puede quedar embarazada.

5. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿cuál fue el motivo principal de que usted no hiciera nada para evitar un embarazo?

(286-287)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si la encuestada responde “otro motivo”, pídale que especifique y asegúrese de que la respuesta no corresponda a alguna otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márkelo adecuadamente..

**Léale solo si es necesario:**

- 01 No pensaba que iba a tener una relación sexual/no tiene una pareja fija
- 02 Simplemente no pensó que podía quedar embarazada/ no le importaba quedar embarazada
- 03 Quería quedar embarazada
- 04 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
- 05 A usted o a su pareja no les gustan los métodos anticonceptivos o sus efectos secundarios
- 06 No tuvo dinero para comprar un método anticonceptivo
- 07 Tuvo problemas para conseguir un método anticonceptivo cuando lo necesitó
- 08 Motivos religiosos
- 09 Interrumpió brevemente el uso de un método anticonceptivo
- 10 No cree que usted o su pareja puedan tener hijos (infértil o edad avanzada)
- 11 Le ligaron las trompas (esterilización) [Pase al módulo siguiente]
- 12 Le hicieron una histerectomía [Pase al módulo siguiente]
- 13 Su pareja tuvo una vasectomía (esterilización) [Pase al módulo siguiente]
- 14 Está amamantando actualmente
- 15 Acababa de tener un bebé/posparto
- 16 Está embarazada actualmente [Pase a P7]
- 17 Pareja del mismo sexo
- 18 Otro motivo

**No le lea:**

- 77 No sabe/No está segura
- 99 Se niega a contestar

6. ¿Qué piensa sobre tener un bebé en el futuro? ¿Diría usted que...?

(288)

**Léale:**

- 1 No quiere tener un bebé
- 2 Quiere tener un bebé dentro de menos de 12 meses
- 3 Quiere tener un bebé entre los próximos 12 meses pero en menos de 2 años
- 4 Quiere tener un bebé entre los próximos 2 años pero en menos de 5 años
- 5 Quiere tener un bebé dentro de 5 años o más

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

7. ¿Cuántas veces a la semana toma actualmente multivitamínicos, una vitamina prenatal o vitamina de ácido fólico?

(289)

- 1 0 veces por semana
- 2 1 a 3 veces por semana
- 3 4 a 6 veces por semana
- 4 Todos los días de la semana
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 10: Medidas para controlar la hipertensión arterial

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P4.1 = 1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

¿Está haciendo actualmente alguna de las siguientes cosas para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

1. ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (316)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. ¿(Está) reduciendo el consumo de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (317)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No consume sal
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (318)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No toma bebidas alcohólicas
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿(Está) haciendo ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (319)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

¿Le ha recomendado alguna vez un médico u otro profesional de la salud hacer las siguientes cosas para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

5. ¿(Le han recomendado alguna vez) cambiar sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- (320)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
6. ¿(Le han recomendado alguna vez) reducir el consumo de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?
- (321)
- 1 Sí  
2 No  
3 No consume sal  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
7. ¿(Le han recomendado alguna vez) reducir el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?
- (322)
- 1 Sí  
2 No  
3 No toma bebidas alcohólicas  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
8. ¿(Le han recomendado alguna vez) practicar ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?
- (323)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
9. ¿(Le han recomendado alguna vez) tomar medicamentos (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?
- (324)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
10. ¿Le han dicho un doctor u otro profesional de la salud en **dos o más consultas distintas** que tiene presión arterial alta?
- (325)
- Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es *mujer*, pregunte: “¿Esto fue únicamente durante su embarazo?”**
- 1 Sí  
2 Sí, pero la encuestada dijo que solo durante el embarazo  
3 No  
4 Le dijeron que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertenso  
7 No sabe/No está segura  
9 Se niega a contestar

## Módulo 11: Ataque cardiaco y accidente cerebrovascular

---

Ahora quisiera preguntarle sobre sus conocimientos sobre los signos y síntomas de un ataque cardiaco y un accidente cerebrovascular.

¿Cuál de las siguientes situaciones cree usted que es un síntoma de un ataque cardiaco? Para cada pregunta, responda "Sí", "No" o "No estoy seguro".

1. (¿Usted cree que) el dolor o las molestias en la mandíbula, el cuello o la espalda (son síntomas de un ataque cardiaco?) (326)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

2. (¿Usted cree que) sentirse débil, mareado o desmayarse (son síntomas de un ataque cardiaco?) (327)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

3. (¿Usted cree que) el dolor o las molestias en el pecho (son síntomas de un ataque cardiaco?) (328)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

4. (¿Usted cree que) los cambios repentinos en la visión de uno o ambos ojos (son síntomas de un ataque cardiaco?) (329)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

5. (¿Usted cree que) el dolor o las molestias en los brazos o los hombros (son síntomas de un ataque cardiaco?) (330)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

6. (¿Usted cree que) la dificultad para respirar (es síntoma de un ataque cardíaco?) (331)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

¿Cuál de los siguientes cree usted que es un síntoma de un accidente cerebrovascular? En cada pregunta, responda "Sí", "No", o "No estoy seguro".

7. (¿Usted cree que) un aturdimiento o una dificultad para hablar repentina (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (332)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8. (¿Usted cree que) un entumecimiento o debilidad repentina en la cara, un brazo o la pierna, especialmente en un lado (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (333)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

9. (¿Usted cree que) los cambios repentinos en la visión de uno o ambos ojos (es síntoma de un accidente cerebrovascular?) (334)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

10. (¿Usted cree que) el dolor de pecho o las molestias repentinas (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (335)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

11. (¿Usted cree que) una dificultad para caminar, mareo o pérdida del equilibrio repentinos (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (336)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

12. (¿Usted cree que) un dolor de cabeza intenso sin una causa conocida (es un síntoma de un accidente cerebrovascular?) (337)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

13. Si usted creyera que alguien está sufriendo un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, ¿qué es lo primero que haría? (338)

**Por favor léale:**

- 1 Llevarlo al hospital
- 2 Decirle que llame a su médico
- 3 Llamar al 911
- 4 Llamar a su esposo o a un familiar

**O**

- 5 Hacer otra cosa

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 18: Control de la artritis

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.9 = 1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

1. Anteriormente usted señaló que tiene síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes situaciones lo describe mejor actualmente? (394)

**Léale:**

- 1 Puedo hacer todo lo que me gustaría
- 2 Puedo hacer casi todo lo que me gustaría
- 3 Puedo hacer algunas cosas que me gustaría
- 4 Apenas puedo hacer algunas cosas de las que me gustaría hacer

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar



2. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha indicado que perder peso puede ser bueno para aliviar la artritis o los síntomas de las articulaciones? (395)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

3. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha sugerido que realice actividad física o ejercicio para aliviar los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones? (396)

**NOTA: si la persona encuestada no está segura de si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, la pregunta se refiere a aumentar.**

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿ALGUNA VEZ ha tomado una clase o un curso para aprender cómo controlar los problemas derivados de la artritis o los síntomas de las articulaciones? (397)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

## Módulo 22: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

---

**NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P6.8 = 1 (Sí), continúe, de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

Anteriormente dijo que le habían diagnosticado Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

1. ¿Alguna vez le hicieron una prueba respiratoria para diagnosticarle EPOC, bronquitis crónica o enfisema? (405)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

2. ¿Usted diría que la dificultad para respirar le afecta su calidad de vida? (406)
- 1 Sí

- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. Aparte de sus consultas de rutina, ¿en los últimos 12 meses ha tenido que ir al médico debido a los síntomas relacionados con la dificultad para respirar, la bronquitis u otro tipo de EPOC o una crisis de enfisema? (407)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿En los últimos 12 meses ha tenido que ir a la sala de emergencias o ha sido hospitalizado debido a la EPOC, la bronquitis crónica o el enfisema? (408)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. ¿Cuántos medicamentos toma todos los días para controlar la EPOC, la bronquitis crónica o el enfisema? (409-410)

- Número (01-76)
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 8 8 Ninguna
- 9 9 Se niega a contestar

## Módulo 27: Deficiencias cognitivas

---

Las siguientes preguntas son sobre las dificultades del razonamiento y la memoria que pueden afectar de gran manera las actividades cotidianas. Esto **no se refiere** a olvidos ocasionales, como olvidarse las llaves o el nombre de una persona que acaba de conocer. **Esto se refiere** a cosas como confusión o pérdida de la memoria que se está haciendo más frecuente o empeora. Queremos saber de qué manera estos problemas le afectan a usted o a alguien de su hogar.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido confusión o ha perdido la memoria con más frecuencia o ha empeorado? (453)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si 1 adulto en la casa y P1 = 1 (Sí), pase a P4; de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

**Nota de CATI: si el número de adultos es > 1, pase a P2.**

2. [Si P1 = 1); Sin incluirse a usted], ¿cuántos adultos de 18 años o más en su casa han experimentado confusión o pérdida de la memoria con mayor frecuencia o que haya empeorado durante los últimos 12 meses? (454)

— Número de personas [6 = 6 o más]  
8 Ninguno  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

**NOTA de CATI: Si P1 = 1 y P2 > 6, pase a P4.**

**NOTA de CATI: Si el número de adultos > 1 y P2 < 7, continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.**

**NOTA de CATI: Si P2 < 7, pase a P3. De lo contrario, pase al siguiente módulo.**

3. De estas personas, seleccione la persona que haya cumplido años más recientemente. ¿Cuántos años tiene esta persona? (455-456)

**Léale solo si es necesario:**

0 1 18–29 años  
0 2 30–39 años  
0 3 40–49 años  
0 4 50–59 años  
0 5 60–69 años  
0 6 70–79 años  
0 7 80–89 años  
0 8 90 o más años

**No le lea:**

77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si P1 ≠ 1 (Sí); léale: “—En las próximas preguntas, no referiremos a la persona que usted identificó como esta persona”.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Repita la definición solo si es necesario:** “Para estas preguntas, piense sobre la confusión o pérdida de la memoria que está ocurriendo con mayor frecuencia o empeorando.

4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces [Si P1 = 1 (Sí): añada —usted ha; de lo contrario, —esta persona ha] dejado de realizar sus tareas domésticas o quehaceres que solía hacer, debido a la confusión o pérdida de la memoria que está sucediendo con mayor frecuencia o empeorando? (457)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. **[Si P1 = 1 (Sí).]** Como consecuencia de la confusión o pérdida de la memoria ¿en cuál de las siguientes cuatro áreas [—usted o **de lo contrario** —esta persona] necesita más ayuda? (458)

- 1 Seguridad **[léale solo si es necesario:** como olvidarse de apagar la estufa o el horno o caerse]
- 2 Transporte **[léale solo si es necesario:** como llegar a la cita médica]
- 3 Tareas domésticas **[léale solo si es necesario:** como manejar dinero o quehaceres]
- 4 Cuidado personal **[léale solo si es necesario:** como comer o bañarse]

**No le lea:**

- 5 Necesita ayuda, pero no en estas áreas
- 6 No necesita ayuda en ninguna área
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. **[Si P1 = 1 (Sí)].** Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido confusión o pérdida de la memoria que interfiera [**añada** —con su; **de lo contrario**, —la] capacidad de trabajar o de involucrarse en actividades sociales? (459)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia **[Si P1 = 1 (Sí): añada** —usted; **de lo contrario**, “un familiar o un amigo] ha brindado cualquier tipo de ayuda o cuidados a **[Si P1 = 1 (Sí): añada** —usted; **de lo contrario**, —esta persona] debido a la confusión o pérdida de la memoria? (460)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8. ¿Ha alguien hablado con su profesional de atención médica sobre los aumentos **de confusión o pérdida de la memoria?** (461)

- 1 Sí
- 2 No [Pase al siguiente módulo]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase al siguiente módulo]
- 9 Se niega a contestar [Pase al siguiente módulo]

9. ¿Ha [Si P1 = 1 (Sí): **añada** —usted; **de lo contrario** —esta persona] recibido tratamiento como terapia o medicamentos para la **confusión o pérdida de la memoria?** (462)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

10. ¿Algún profesional de la salud le ha dicho alguna vez que [Si P1 = 1 (Si): **añada** —usted; **de lo contrario**, —esta persona] ha tenido Alzheimer o algún tipo de demencia? (463)

- 1 Sí, enfermedad de Alzheimer
- 2 Sí, algún otro tipo de demencia pero no enfermedad de Alzheimer
- 3 No ha recibido un diagnóstico
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 32: Selección aleatoria de niños

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar) pase al siguiente módulo.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 1, léale:** —Anteriormente usted mencionó que en su casa había un niño/una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el niño. **[Pase a P1]**

**Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P8.7 no es 88 ni 99, léale:** —Anteriormente usted mencionó que en su casa había **[cantidad]** de niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos **[cantidad]** niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño mayor es el primero y el menor el último. Por favor incluya también a los

niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como gemelos o mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

**INSTRUCCIÓN DE CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. Este es el niño número "X". En todas las preguntas que figuran a continuación, sustituya la "X" por el número correspondiente al niño elegido.**

**ENCUESTADOR, POR FAVOR LÉALE:**

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que nos referimos será el —X [CATI: **por favor indique el número correcto**] niño de su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al niño "X" [CATI: **complete con el número correspondiente**].

1. ¿En qué mes y año nació el niño —X? (488–493)

\_\_/\_\_\_\_ Codifique mes y año  
77/ 7777 No sabe/No está seguro  
99/9999 Se niega a contestar

**INSTRUCCIÓN DE CATI: calcule la edad del niño en meses (EDAD DEL NIÑO1 = 0 a 216) y también en años (EDAD DEL NIÑO2 = 0 a 17) con base en la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el cumpleaños. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese los meses calculados en EDAD DEL NIÑO 1 y 0 en EDAD DEL NIÑO 2. Si el niño tiene > 12 meses, ingrese los meses calculados en EDAD DEL NIÑO 1 y deje EDAD DEL NIÑO 2 = truncado (EDAD DEL NIÑO 1/12).**

2. ¿Es niño o niña? (494)

1 Niño  
2 Niña  
9 Se niega a contestar

3. ¿El niño es hispano o latino? (495)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza o grupo étnico del niño? (496–501)

**[Marque todas las opciones que correspondan]**

**Léale:**

1 Blanca  
2 Negra o afroamericana  
3 Asiática  
4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico  
5 Indoamericano o nativo de Alaska

**O**

6 Otra [especifique]\_\_\_\_\_

**No le lea:**

- 8 No indica otras opciones
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si hay más de una respuesta a P4, continúe. De no ser así, pase a P6.**

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza o grupo étnico del niño? (502)

- 1 Blanca
- 2 Negra o afroamericana
- 3 Asiática
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otra
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuál es su parentesco o relación con el niño? (503)

**Léale:**

- 1 Padre o madre (incluye padres biológicos, padrastro o madrastra o padres adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor legal o padre de crianza
- 4 Hermano o hermana (incluye hermanos biológicos, hermanastros o hermanos adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No se relaciona de ninguna manera.

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 33: Prevalencia de asma infantil

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 88 (Ninguno) o 99 (Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.**

Ahora quisiera hacerle dos preguntas sobre el niño "X" [CATI: por favor indique el número correspondiente].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño tenía asma? (504)

- 1 Sí

- |    |   |                          |                            |       |
|----|---|--------------------------|----------------------------|-------|
|    | 2 | No                       | [Pase al siguiente módulo] |       |
|    | 7 | No sabe/No está seguro   | [Pase al siguiente módulo] |       |
|    | 9 | Se niega a contestar     | [Pase al siguiente módulo] |       |
| 2. |   | ¿El niño aún tiene asma? |                            | (505) |
|    | 1 | Sí                       |                            |       |
|    | 2 | No                       |                            |       |
|    | 7 | No sabe/No está seguro   |                            |       |
|    | 9 | Se niega a contestar     |                            |       |

## State-Added Questions

### Childhood Diabetes Prevalence

*Ask on Questionnaires 11, 12, and 13.*

**CATI note:** If Core Q8.7 = 88, or 99 (No children under age 18 in the household, or Refused), go to next module.

**CHPREV:** ¿ALGUNA VEZ un doctor, una enfermera u otro profesional de salud"dijeron que el niño tiene la diabetes?"

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

### Child Obesity-related

*Ask on Questionnaires 11, 12, and 13. Ask of respondents with children ages 5-17 only.*

**STCHILD5** ¿Durante una semana normal, ¿Por cuantos días su niño(a) juega por lo menos una hora juegos físicamente activos? Esto incluye jugando, caminando a la escuela, deportes, andar en bicicleta, o andando en monopatín.

- \_\_ NÚMERO DE DÍAS (0-7)
- 88 NINGUNO
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR



## Insurance and Access

**Ask on Questionnaire 11 and 20. Ask 'K' questions of all respondents with a randomly selected child.**

**All question names beginning with a K will be asked about the randomly selected child.**

*If BRFSS C03Q01=1 and C08Q07 >= 88, then COV reads as follows:*

**COV0** Anteriormente usted indico que tenia algun tipo de cobertura medica. Por favor, digame si tiene alguna de las siguientes...

*If BRFSS C03Q01=1 and C08Q07 < 88*

**COV0** Anteriormente indico que usted tenia algun tipo de cobertura Medica. Nos gustaria preguntarle acerca de la cobertura medica de usted y su hijo(a). Por favor digame si tiene alguna de la siguientes...

*If BRFSS C03Q01=2 and C08Q07 >= 88, then COV reads as follows:*

**COV0** Anteriormente usted indico que no tenia cobertura medica. Hay algunos tipos de planes que alamejor no a considerado esta usted cubierto por...

*If BRFSS C03Q01=2 and C08Q07 < 88, then COV reads as follows:*

**COV0** Anteriormente usted indico que no tenia cobertura medica. Queremos hacerle unas preguntas acerca de la cobertura medica para usted y su hijo(a). Hay algunos tipos de planes que alamejor no a considerado, esta usted cubierto por...

**COV1** cobertura medica por medio de su empleador actual o ultimo o de la unión?

NOTA: ESTE TIPO DE ASEGURANZA INCLUYE COBRA

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV1** El niño tiene este tipo de cobertura

LEA SOLO SI ES NECESARIO: Cobertura medica por medio de su empleador actual o ultimo o de la Unión?

NOTA: ESTE TIPO DE ASEGURANZA INCLUYE COBRA

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV2** Esta cubierto por un plan de aseguransa que fue comprada directamente por una compania y no por medio de su empleador o union?

INTERVIEWER NOTE: FOR EXAMPLE, SOMEONE WHO IS SELF-EMPLOYED OR NOT EMPLOYED.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV2** El nino esta cubierto por este tipo de plan?

LEA SOLO SI ES NECESARIO: Un plan de aseguransa que fue comprada directamente por una compania y no por medio de su empleador o union?

INTERVIEWER NOTE: FOR EXAMPLE, SOMEONE WHO IS SELF-EMPLOYED OR NOT EMPLOYED.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV3** Esta cubierto por un plan de salud de alguien que no vive en su hogar?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV3** Esta el nino cubierto por este tipo de plan?

LEA SOLO SI ES NECESARIO: El plan de salud de alguien que no vive en su hogar?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV4** Esta usted cubierto por Medicare, que es, el plan gubernamental para personas de edad 65 o mayores o personas discapacidad?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV4** Esta el nino cubierto por Medicare?

LEA SOLO SI ES NECESARIO: Medicare, that is, the government plan for persons age 65 or older or those with disabilities?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV5** Esta usted cubierto por Medicaid?

INTERVIEWER NOTE: MEDICAID INCLUDES THE NEWLY IMPLEMENTED PCN, OR PRIMARY CARE NETWORK FOR ADULTS.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV5** Esta el nino cubierto por Medicaid?

INTERVIEWER NOTE: MEDICAID INCLUDES THE NEWLY IMPLEMENTED PCN, OR PRIMARY CARE NETWORK FOR ADULTS.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV6** El programa de salud para los ninos de Utah (CHIP) es un programa para ninos de padres que trabajan pero sus ninos no estan asegurados o quienes ganan demachicio para qualificar en los beneficios de Medicaid. Tiene cobertura de CHIP?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV6** El programa de salud para los niños de Utah,(CHIP) es un programa para niños de padres que trabajan pero sus niños no están asegurados o quienes ganan demasiado para calificar en los beneficios de Medicaid. El niño tiene cobertura de CHIP?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV7** V.A.? Esta usted cubierto por Otro plan gubernamental como el Militar Try-Care o el

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV7** Esta el niño cubierto por este tipo de Plan?

LEA SOLO SI ES NECESARIO: Otro plan gubernamental como el Militar Try-Care o el V.A.?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV8** Esta usted cubierto por un plan de salud de estudiante?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV8** El niño está cubierto por este tipo del plan?

LEA SOLO SI ES NECESARIO: Plan de salud de estudiante?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV9** Tiene aseguransa que SOLO cubre algunas condiciones medicas especificas, como la diabetes o el cancer de ceno?

INTERVIEWER NOTE: THIS INSURANCE WOULD NOT COVER ANYTHING ELSE, JUST THE SPECIFIC CONDITION.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV9** El nino tiene aseguransa que SOLO cubre algunas condiciones medicas especificas, como la diabetes o el cancer de ceno?

INTERVIEWER NOTE: THIS INSURANCE WOULD NOT COVER ANYTHING ELSE, JUST THE SPECIFIC CONDITION.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV10** Tiene usted Cobertura por medio de algun otro tipo que no haya ya mencionado?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV10op** Qué fuente es esta cobertura de?

- 1 ENTRAR EN LA FUENTE
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**\*\*At this point CATI determines the insurance status of the adult. 1=insured, 2=uninsured. Insured adults go on to COV12, uninsured adults go on to COV11 (after being asked the next K questions, if applicable).**

**KCOV10** El niño(a) tiene cobertura por medio de algún otro tipo que no haya ya mencionado?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV10op** Qué fuente es esta cobertura de?

- 1 ENTRAR EN LA FUENTE
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**\*\*At this point, CATI determines the insurance status of the child. 1=insured, 2=uninsured. Insured kids will go to KCOV12, uninsured kids will go to KCOV11.**

**COV11** Esta usted sin cobertura médica?

- 1 Si, entrevistado no está cubierto
- 2 No, entrevistado está cubierto
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**COV11op** Qué fuente es esta cobertura de?

- 1 ENTRAR EN LA FUENTE
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

[SPECIFY – OPEN ENDED RESPONSE]  
(go to **COV12**)

**KCOV11** Esta el niño sin cobertura médica?

- 1 Si, el niño no está cubierto
- 2 No, el niño está cubierto
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV11op**   Cuál es la fuente de esta cobertura?

- 1 ENTRAR EN LA FUENTE
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

[SPECIFY – OPEN ENDED RESPONSE]  
(child should go to **KCOV12**)

**UNINS**       Por cuantos meses a estado sin cobertura medica?

- \_\_ Anota el numero de meses (00 – 61)
- 00 Menos de 4 semanas
  - 61 Mas de 5 anos
  - 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
  - 99 REHÚSA CONTESTAR

**KUNINS**       Por cuantos meses a estado el niño sin cobertura medica?

- \_\_ Anota el numero de meses (00 – 61)
- 00 Menos de 4 semanas
  - 61 Mas de 5 anos
  - 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
  - 99 REHÚSA CONTESTAR

**COV12**       Pensando acerca de cualquier seguro medico tubo cobertura medica en todos los últimos 12 meses?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOV12**       Pensando acerca de cualquier seguro medico, el nino tubo cobertura medica en todos los ultimos 12 meses?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**CARDSIZE** Pensando en su tarjeta de seguro medico diria que es del tamaño de una tarjeta de credito o una hoja de papel?

- 1 Tamaño de tarjeta de credito
- 2 Hoja grande de papel
- 3 Las dos (mas de un tipo de aseguranza)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCARDSIZ** Pensando en su tarjeta de seguro medico de su niño, diria que es del tamaño de una tarjeta de credito o una hoja de papel?

- 1 Tamaño de tarjeta de credito
- 2 Hoja grande de papel
- 3 Las dos (mas de un tipo de aseguranza)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**CARDNEW** Recibe una nueva tarjeta cada mes o la tarjeta es valida por mas tiempo?

- 1 La tarjeta es valida por mas de un mes
- 2 Una vez al mes
- 3 Las dos (mas de un tipo de aseguranza)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCARDNEW** El niño recibe una nueva tarjeta cada mes o la tarjeta es valida por mas tiempo?

- 1 La tarjeta es valida por mas de un mes
- 2 Una vez al mes
- 3 Las dos (mas de un tipo de aseguranza)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**If adult is uninsured they will be asked WHY questions; uninsured children are asked KWHY questions.**

**If adult is insured, they will not get WHY questions and will next be asked INSDELY. If child is insured, they will not get KWHY questions but will next be asked KINSDELY.**



**WHY1** *(Programming note: The wording of this question changes depending on whether or not both adult and child are uninsured and whether or not adult is the only adult of HH. If the adult is the only adult and he/she is unemployed, skip this question.)*

Las siguientes preguntas son sobre las razones por las cual esta sin cobertura medica. Esta usted sin seguro medico porque el empleador de alguien en su hogar no la ofrece, o ya no la esta ofreciendo mas para usted?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No esta empleado
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY1** Las siguientes preguntas son sobre las razones por las cual el nino(a) esta sin cobertura medica.

¿Es el niño sin seguro por esta razón?

Porque el empleador de alguien en su hogar no la ofrece, o ya no la esta ofreciendo mas para el nino(a).

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Not employed
- 7 DON'T KNOW/NOT SURE
- 9 REFUSED

**WHY2** Esta usted sin seguro medico porque usted o alguien en su hogar perdio el trabajo o a cambiado de trabajo?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY2** ¿Es el niño sin seguro por esta razón?

Porque usted o alguien en su hogar perdio el trabajo o a cambiado de trabajo?

- 1 SÍ
- 2 NO

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY3** *(if adult is only adult of HH and is unemployed, skip this question.)*  
Esta usted sin seguro medico porque usted o alguien en el hogar trabaja medio tiempo o como empleado temporal?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY3** *if adult is only adult of HH and is unemployed, skip this question.*  
Esta el nino(a)sin seguro medico porque usted o alguien en el hogar trabaja medio tiempo o como empleado temporal?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY4** Esta usted sin cobertura medica porque usted o alguien en la casa trabaja independiente?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY4** El nino esta sin cobertua por esta razon?  
*if WHY4 was read then read) for this reason?*  
*(if adult did not get WHY4 then read) Porque usted o alguien en la casa trabaja independiente?*

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY5** Esta sin seguro medico porque el costo de las premias son altas?

1 SÍ

2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY5A** Existe una condicion de salud que aya hecho que las primas cuestan mucho?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY5** Esta el nino sin seguro medico porque las primas cuesten mucho?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY5A** Existe una condicion de salud que halla hecho que las primas cuesten mucho?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY6** Esta sin seguro medico porque usted esta sano y decidio major continuar sin seguro medico?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY6** Esta el nino sin seguro porque ella esta sano y considero mejor continuar sin seguro medico para ella

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY7** Esta usted sin seguro medico porque la compania de aseguranza rehusó cubrirlo?

- 1 SÍ(Continue to WHY7a)
- 2 NO(Skip to WHY8)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY7A** Alguna vez la compania le negaba cubierto para usted por una condición preexistente?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY7** El nino esta sin seguro porque la compania de aseguranza medica rehusó cubrirlo a ella?

- 1 SÍ(Continue to KWHY7a)
- 2 NO(Skip to WHY8 or KWHY8 if no uninsured adult)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY7A** Alguna vez el nino le negaba cobertura por una condición preexistente?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY8** Esta usted sin seguro medico porque perdió los beneficios de Medicaid o Chip?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY8A** Pierdeste la elegibilidad porque

LEA:

- 1 Los ingresos de la familia subio
- 2 Los papeles para completar elegibilidad no fue completado
- 3 Ya no estaba embarazada o pasaste el ano de elegibilidad
- 4 Usted perdió su trabajo, o
- 5 Qual quiera otra razon
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY8** Esta el nino sin seguro medico porque perdió los beneficios de Medicaid o Chip?

- 1 SÍ(**Continue to KWHY8a**)
- 2 NO (**Skip to WHY9 or KWHY9 if no uninsured adult**)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY8A** El nino perdio esos beneficios porque...

LEA

- 1 Los ingresos de la familia subio
- 2 Los papeles para completar elegibilidad no fue completado
- 3 Ya no estaba embarazada o pasaste el ano de elegibilidad
- 4 Usted perdió su trabajo, o
- 5 Qual quiera otra razon
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY9** *if adult is only adult of HH and is unemployed, skip this question.*

Estamos interesado en saber si hay personas que podrían obtener seguro medico por medio de su empleador, pero deciden no tomarla.Podria usted estar cubierto por algun plan que se ofrece por medio de su empleador?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY9** *if adult is only adult of HH and is unemployed, skip this question.*

*{if no uninsured adult read: Podria el nino estar cubierto por algun plan que se ofrece por medio de su empleador?}*

- 1 SÍ

2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY10** Hay alguna otra razon porque usted no a tenido seguro medico aparte de las que ya e mencionado?

1 SÍ (specify in WHY10op)  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**WHY10op**Cuál es la otra razón? INTERVIEWER RECORD RESPONSE VERBATIM

**KWHY10** Hay alguna otra razon porque el nino(a) no ha tenido seguro medico aparte de las que ya e mencionado?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**KWHY10op**Cuál es la otra razón? INTERVIEWER RECORD RESPONSE VERBATIM

1 entrar en la respuesta

**Return to asking questions of all respondents, K questions for selected child, regardless of insurance status, unless otherwise specified.**

**INSELY** (*Skip if adult has been uninsured for more than 12 months (UNINS>12 months). If this question is skipped, insert the intro below before next question asked.*)

El Departamento de Salud esta trabajando en maneras para mejorar el acceso al cuidado de salud, especialmente para personas quienes no estan recibiendo cuidado medico cuando lo necesitan. Las siguientes preguntas son acerca de las razones por las cuales las personas tardan o tienen problemas para obtener cuidado medico, dental, salud mental o otro tipo de cuidado para si mismos. En los ultimos 12 meses, tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico para usted porque el servicio no lo cubria su aseguranza.

INTERVIEWER NOTE: THIS QUESTION IS ASKED OF ALL INDIVIDUALS, EVEN IF" 13 8 80 vColInt

THEY CURRENTLY DO NOT HAVE INSURANCE. THE REASON IS THAT AT SOME POINT" 14 8 80 vColInt

IN THE LAST 12 MONTHS THEY MAY HAVE HAD INSURANCE AND ENCOUNTERED THIS PROBLEM." 16 8 80 vColInt

- 1 Sí
- 2 No
- 3 La persona no ha tenido seguro medico en los ultimos 12 meses
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KINSDELY** En los ultimos 12 meses, el nino(a) tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico porque el servicio no lo cubria su aseguranza?

INTERVIEWER NOTE: THIS QUESTION IS ASKED OF ALL INDIVIDUALS, EVEN IF THEY CURRENTLY DO NOT HAVE INSURANCE. THE REASON IS THAT AT SOME POINT IN THE LAST 12 MONTHS THEY MAY HAVE HAD INSURANCE AND ENCOUNTERED THIS PROBLEM.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 La persona no ha tenido seguro medico en los ultimos 12 meses
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**SERVDELY** ¿En los últimos 12 meses, tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico porque el servicio no es ofrecido en su area?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KSERVDEL** ¿En los últimos 12 meses, el nino(a) tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico porque el servicio no era ofrecido en el area del nino?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**KCOSTDEL** Pensando en el nino(a) ¿En los pasados 12 meses, el niño tubo algún problema o retraso en obtener cuidado medico porque el servicio costaba mucho?

- 1 SÍ

2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**HOURSWKD** *(skip if adult is unemployed)*

¿Por lo general cuantas horas por semana trabaja en su trabajo principal?

PREGUNTA DEL/DE LA ENTREVISTADOR/A: CUÁNDO DIGO QUIERO DECIR DÓNDE[USTED/EL/ELLA] TRABAJA LA MAYORIA DE LAS HORAS?

\_\_ Anota el numero de horas (70 = 70 hours or more)

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
99 REHÚSA CONTESTAR

**NUMEMPS** *(skip if adult is unemployed)*

¿Pensando en la compañía donde trabaja ¿aproximadamente cuántos empleados trabajan en ella?

NOTA: SI NO SABE

¿Cuál es su mejor estimación?

1 1 empleado  
2 2-50 Empleados  
3 50+ Empleados  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

## Cholesterol Control

*Ask on Questionnaires 12 and 13.*

*If C05Q03=1 then proceed; otherwise, skip to next section.*

**HCDR** Anteriormente usted dijo que le habían dicho que tiene el colesterol alto.  
¿Actualmente esta bajo el cuidado de un doctor para tratar el colesterol alto?

1 SÍ  
2 NO  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**HCMEDS** ¿Esta tomando medicamento recetado por el medico para su colesterol alto?

1 SÍ



- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

## Mammogram

**Ask on Questionnaire 11 only of women age 40 or older.**

**STMAM1** La mamografía es una radiografía que se realiza en cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?

- 1 SÍ [**Go to STMAM3**]
- 2 NO [**Go to STMAM2**]
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO [**Go to next section**]
- 9 REHÚSA CONTESTAR [**Go to next section**]

**STMAM2** ¿Cual es la razón principal por la cual usted nunca se ha hecho un mamograma?

- \*2 mi familia tiene o ha tenido cáncer al seno.
- 01 No me la recomendó el doctor, tampoco me explicó que era necesario
- 02 No la necesito/No tengo problemas con los pechos/Nadie en
- 03 El procedimiento es muy caro/Mi seguro médico no cubre el costo
- 04 Estoy muy vieja para tener este examen
- 05 Estoy muy joven para tener este examen
- 06 No tengo tiempo
- 07 No hay servicios disponibles/No es conveniente/No tengo transportación
- 08 Tengo Miedo/ es incómodo/es doloroso
- 09 Me da vergüenza
- 10 Tengo temor de saber lo que podría el médico encontrar
- 11 Posponerlo/Por flojera de hacerlo
- 12 No lo havia pensado
- 13 El examen no funciona/No es efectivo/Causa cáncer
- 14 No quiero tenerlo
- 15 Ningún doctor regular/No voy al doctor
- 16 Amamantar
- 17 Have an appointment scheduled for future
- 66 OTRO
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR

**CATI note: if STMAM1=2, go to next section after asking STMAM2)**

**STMAM3** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?  
LEA SOLO SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses) (**Go to STMAM5**)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2) (**Go to STMAM5**)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3) (**Go to STMAM4**)

- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5) (**Go to STMAM4**)
- 5 Hace 5 años o más (**Go to STMAM4**)

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO (**Go to STMAM5**)
- 9 REHÚSA CONTESTAR (**Go to STMAM5**)

**STMAM4** ¿Cuál es la razón principal por la cual usted no ha tenido un mamograma en los últimos dos años?

- \*2 familia tiene o ha tenido cáncer al seno
- 01 No me la recomendó el doctor, tampoco me explicó que era necesario
- 02 No la necesito/No tengo problemas con los pechos/Nadie en mi
- 03 El procedimiento es muy caro/Mi seguro médico no cubre el costo
- 04 Estoy muy vieja para tener este examen
- 05 Estoy muy joven para tener este examen
- 06 No tengo tiempo
- 07 No hay servicios disponibles/No es conveniente/No tengo transportación
- 08 No hay servicios disponibles/No es conveniente/No tengo transportación.
- 09 Me da vergüenza
- 10 Tengo temor de saber lo que podría el médico encontrar
- 11 Posponerlo/Por flojera de hacerlo
- 12 No lo había pensado
- 13 El examen no funciona/No es efectivo/Causa cáncer
- 14 No quiero tenerlo
- 15 Ningún doctor regular/No voy al doctor
- 16 Embarazada/amamantar
- 17 Tengo una cita programado en el futuro
- 66 Otro
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR

**STMAM5** ¿Cual es la razon principal que tuviste tu mamografia?

DO NOT READ, MARK ONLY ONE

- 01 Rutina/Chequeo al ano
- 02 Mantenerse sano/ prevenir cancer
- 03 Tenia/sintio un bulto/problemas de mama
- 04 Doctor recommendio
- 05 Tranquilidad mental
- 06 Consejo de familia/amigos
- 07 Detectar cancer
- 08 Conoce a alguien que tiene cancer de mama
- 09 Historia de familia
- 10 Pasado historia personal
- 11 Aseguransa estaba acavando
- 12 Edad
- 66 Otro

77 DON'T KNOW/NOT SURE  
99 REFUSED

## Colon Cancer Screening

*Ask on questionnaires 12 and 13. Ask only those aged 50+.*

**STCC1** La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para visualizar el colon a fin de detectar signos de cáncer u otros problemas de salud.

¿Alguna vez se ha hecho uno de estos exámenes?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**STCC2** ¿Cual es la razón principal por la cual usted nunca se ha hecho una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

NO LEER, MARQUE SOLO UNA

\*02tenido cáncer

- 01 No me la recomendó el doctor, tampoco me explicó que era necesario
- 02 No la necesito/No tengo síntomas/Nadie en mi familia tiene o ha
- 03 El procedimiento es muy caro/Mi seguro médico no cubre el costo
- 04 Estoy muy vieja para tener este examen
- 05 Estoy muy joven para tener este examen
- 06 No tengo tiempo
- 07 No hay servicios disponibles/No es conveniente/No tengo transportación
- 08 Tengo Miedo/ es incómodo/es doloroso
- 09 Me da vergüenza
- 10 Me da vergüenza
- 11 Posponerlo/Por flojera de hacerlo
- 12 No lo havia pensado
- 13 El examen no funciona/No es efectivo/Causa cáncer
- 14 No quiero tenerlo
- 15 Ningún doctor regular/No voy al doctor
- 16 Other health concerns/co-morbidity
- 17 Risk of infection
- 18 Have an appointment scheduled for future
- 66 OTRO (SPECIFY)
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR

**STCC3** Para realizar la SIGMOIDOSCOPIA, se inserta un tubo flexible en el recto para detectar posibles problemas. La COLONOSCOPIA es un examen similar, pero se utiliza un tubo más largo. Por lo general, se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya a hacerse el examen acompañado de alguien que pueda llevarlo a la casa después de la prueba. ¿El ÚLTIMO examen que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

- 1 Sigmoidoscopia
- 2 Colonoscopia
- 3 Algo más
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**STCC4** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

LEA SOLO SI ES NECESARIO

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5)
- 5 En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

## Skin Cancer

*Ask on Questionnaires 13 and 20.*

**TAN** ¿Durante los pasados 12 meses, cuántas veces usó usted un dispositivo de curtido de interior como una lámpara ultravioleta, cama de sol, o cabina de curtido? No incluya un spray en promedio.

NO LEER

- 1 0 veces
- 2 1 a 2 veces
- 3 3 a 9 veces
- 4 10 a 19 veces
- 5 20 a 39 veces
- 6 40 veces o mas
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

## Quality of Life

**Ask on Questionnaires 12 and 13.**

**PAINACTV** ¿Durante los últimos 30 días, por cuantos días el dolor le causo dificultad para hacer sus actividades habituales como cuidado personal, trabajo, o recreación?

\_\_ Número de días

88 NINGUNO

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 REHÚSA CONTESTAR

## Tobacco

**Ask all questions on Questionnaires 12 and 13. Questions STSMK1, STSMK2, and STSMK8-STSMK11 will be asked on Questionnaire 20.**

*If C07Q02 = 1 or 2 ("everyday" or "some days"), continue.  
Otherwise, go to STSMK3.*

**STSMK1** ¿En promedio, cuántos cigarros fuma al día?

\_\_ Number of cigarettes

777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999 REHÚSA CONTESTAR

**STSMK2** Para la proxima pregunta, yo voy a leerle una serie de posibles respuestas. Por favor reponda 'Si' o 'No' para cada pregunta. Usted planea dejar de fumar...

**INTERVIEWER NOTE: PAUSE BETWEEN EACH RESPONSE CATEGORY TO ALLOW SHOW "RESPONDENTS TO ANSWER "YES" OR "NO" TO EACH CATEGORY. ENTER THE RESPONSE CODE FOR THE FIRST "YES" AND THEN CONTINUE TO THE NEXT QUESTION.**

1 En los proximos 7 dias

2 En los proximos 30 dias

3 En los proximos 6 meses

4 En el proximo año

5 En mas de un año

6 You do not plan on quitting

7 DON'T KNOW/NOT SURE

9 REFUSED" 23 27

*If C07Q05 = 1 or 2 ("everyday" or "some days"), continue.  
Otherwise, go to STSMK4.*

**STSMK3** Alguna vez a usado tabaco para mascar, rape, dip o snus en lugar de fumar cigarros o otro producto de tabaco porque usted estaba en un lugar donde fumar no era permitido?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

*If C07Q02 = 1 or 2 ("everyday" or "some days") OR if C07Q04 = 01, 02, 03, or 04 (respondent has smoked within last 12 months), continue.  
Otherwise, go to STSMK8.*

**STSMK4** Las preguntas siguientes están sobre interacciones con el doctor, la enfermera, o el otro profesional de salud.

En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para obtener algún tipo de cuidado para usted mismo(a)?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**STSMK5** En los últimos 12 meses, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**STSMK6** ¿Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le recomendó o hablo de medicamentos para ayudarle a dejar de fumar, como el chicle de nicotina, parche, atomizador nasal, inhalador, pastillas, o medicamentos de prescripción como Wellbutrin/Zyban/Bupropion?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**STSMK7** Su doctor o proveedor de salud le recomendó a hablo de clases para cesar de fumar, o de un numero de teléfono para dejar de fumar, o consejería uno a uno de un proveedor de salud para ayudarle a dejar de fumar?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

*[All respondents on Questionnaires 12, 13, and 20 get asked STSMK8 – STSMK11.]*

**STSMK8** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa?

- LEA
- 1 No se permite fumar en ningún lugar dentro de la casa
  - 2 Se permite fumar únicamente en ciertos lugares o en ciertas ocasiones
  - 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de la casa
  - 4 No hay reglas en cuanto a fumar dentro de la casa
  - 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
  - 9 REHÚSA CONTESTAR

**STSMK9** ¿En los últimos doce meses, cuantas veces ha visto o escuchado mensajes para dejar de fumar en la televisión o en el radio?

- 1 Por lo menos una vez por semana
- 2 Por lo menos una vez al mes
- 3 Menos que una vez al mes
- 4 Nunca
- 7 DON'T KNOW/NOT SURE
- 9 REFUSED

**STSMK10** En los últimos 30 días, alguien, incluyéndose a usted, a fumado, puros, cigarrillos, o pipas dentro de su casa?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**STSMK11** La siguiente pregunta es sobre el humo que usted podría haber respirado porque alguien más fumaba, si usted estaba dentro, al aire libre, en un vehículo, o en algún otro sitio.

¿Durante los últimos 7 días, en cuántos días respiró usted el humo de alguien además de usted que fumaba un cigarrillo, puro, pipa, o algún otro producto de tabaco?

- \_\_ Número de días (0-7)" 19 28
- 88 NINGUNO
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR

## Cell Phones

*Ask on Questionnaires 12, 13, and 20.*

**CELL1** En seguida, le voy a preguntar dos preguntas acerca de cosas que hace mientras maneja. La primera pregunta es acerca de hablar en el celular y la segunda es acerca de mandar mensajes de texto, o de lo contrario usar un aparato de mano electrónico.

Pensando en todo el tiempo que paso manejando durante la semana pasada, cual de las siguientes describe el tiempo total que gasto hablando en el celular, incluyendo un aparato de hands-free o blue tooth, mientras manejaba?

LEA

- 1 Menos de 3 minutos al día
- 2 3 a 20 minutos al día
- 3 Mas de 20 minutos pero menos de 60 minutos por día
- 4 Mas de una hora por día
- 5 Nunca habla en el celular mientras maneja
- 6 DOESN'T HAVE A CELL PHONE
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO (**Go to next section**)
- 8 DOESN'T DRIVE (**Go to next section**)
- 9 REHÚSA CONTESTAR (**Go to next section**)

**CELL2** Pensando en el tiempo que paso manejando, durante la semana pasada, aproximadamente cuanto tiempo paso mandando mensajes de texto o de lo contrario usando un aparato de mano electrónico mientras manejaba?

**INTERVIEWER NOTE: THIS INCLUDES ANY HAND-HELD ELECTRONIC DEVICE LIKE AN IPOD, MP3 PLAYER, BLACKBERRY, ETC.**

PLEASE READ

- 1 Menos de 3 minutos al día
- 2 3 a 20 minutos al día
- 3 Mas de 20 minutos pero menos de 60 minutos por día
- 4 Mas de una hora por día
- 5 Nunca manda mensajes de textos en el celular mientras maneja
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO



## 9 REHÚSA CONTESTAR

## Sidewalks

*Ask on Questionnaires 11, 12, and 13.*

**SWCOND** ¿Cómo describiría usted las condiciones de las aceras en su vecindad?

Podría usted decir que la condición de las aceras es

- 1 Excelente
- 2 Bueno
- 3 Regular
- 4 Malo
- 5 o, no hay ningunas aceras en su vecindad (**Skip to SWMORE**)

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9 REHÚSA CONTESTAR

**SWEASE** Podría usted decir que las aceras en su vecindad son:

(Programming note: allow multiple selections)

- 1 fácil de usar
- 2 no fácil de usar debido a obstrucciones
- 3 no fácil de usar porque ellos son rajados, roto, o desigual
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**SWMORE** ¿Si pudieran haber más aceras en su vecindad, usted los querría?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

## Obesity Responsibility

*Ask on Questionnaire 13.*

**Programming note: the order of these 6 questions should be randomized. Response options should be read the first time but are “read only if necessary” the other 5 times.**

Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas generales sobre quién es responsable en la dirección al problema de la obesidad en Utah.

**RESPGOV** ¿Cuánta responsabilidad tiene el gobierno estatal en la dirección al problema de la obesidad en Utah? Podría usted decir que ellos tienen:

- 1 Mucha responsabilidad
  - 2 Un poco de responsabilidad
  - 3 No mucha responsabilidad
  - 4 Ninguna responsabilidad
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**RESPFOOD** Y la industria de la alimentación

- 1 Mucha responsabilidad
  - 2 Un poco de responsabilidad
  - 3 No mucha responsabilidad
  - 4 Ninguna responsabilidad
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**RESPDOCS** ¿Y Doctores y otros proveedores de asistencia médica?

- 1 Mucha responsabilidad
  - 2 Un poco de responsabilidad
  - 3 No mucha responsabilidad
  - 4 Ninguna responsabilidad
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**RESPSCHL** ¿Y escuelas?

- 1 Mucha responsabilidad
  - 2 Un poco de responsabilidad
  - 3 No mucha responsabilidad
  - 4 Ninguna responsabilidad
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

**RESPINDV** ¿E individuos?

- 1 Mucha responsabilidad
- 2 Un poco de responsabilidad
- 3 No mucha responsabilidad
- 4 Ninguna responsabilidad
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

**RESPPRNT** ¿Y padres?

- 1 Mucha responsabilidad
- 2 Un poco de responsabilidad
- 3 No mucha responsabilidad
- 4 Ninguna responsabilidad
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

## State Follow-up Question

*Ask all respondents on all Questionnaires who do not have asthma.*

**STFU1** Ocasionalmente en los programas del Departamento de Salud los investigadores de las universidades de Utah les gustaría hacer encuestas de seguimiento. ¿Me puede dar su primer nombre de modo que si nos ponemos en contacto con usted en el futuro podamos preguntar específicamente para usted? Usted siempre puede avisarnos entonces si usted no desea participar en la encuesta.

Type in respondent's first name only.

\_\_\_\_\_

9 9 Respondent refuses to give name/does not want to be called again

## Asthma Follow-Up

### Guión para pedir permiso para llamar después y preguntar sobre el asma

Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de las experiencias que tiene su niño con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en <ESTADO>. La información que nos dio el día de hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial. Si usted está de acuerdo con esto, mantendremos su nombre o sus iniciales y número de teléfono en un expediente separado de las respuestas que obtuvimos hoy. Aun cuando acepte hoy, usted puede decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que le llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(515)

- 1 Sí
- 2 No

¿Qué persona de la casa hay que llamar para dar seguimiento sobre el asma?

(516)

- 1 Adulto
- 2 Niño

¿Me puede proporcionar su nombre o iniciales (de usted/de su niño), para que sepamos por quién preguntar cuando volvamos a llamar?

\_\_\_\_\_ Escriba el nombre o las iniciales

## Closing

### Párrafo de cierre o transición a módulos y preguntas complementarias de los estados

#### Párrafo de cierre

##### Léale:

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán de modo que nos ayuden a brindar información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

O

#### Transición a módulos o a preguntas complementarias hechas por los estados

##### Léale:



Para finalizar, tengo unas preguntas sobre otros temas de salud.

## Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 10: Actividad física)

---

### Descripción del código (Actividad física, preguntas 10.2 y 10.5)

0 1 Dispositivos de juegos interactivos (Wii Fit, Dance Dance revolution)	4 1 <i>Rugby</i>
0 2 Video o clase de aeróbicos	4 2 Buceo recreativo
0 3 Montañismo/caminata con mochila a la espalda	43 Patineta
0 4 Bádminton	4 4 Patinaje – en hielo o sobre ruedas
0 5 Básquetbol	4 5 Deslizamiento en trineo, tobogán
0 6 Ejercicio en bicicleta fija	4 6 Snorkel
sopladora)	4 7 Limpieza de la nieve (con máquina
0 7 Andar en bicicleta	4 8 Limpiar la nieve manualmente
0 8 Actividades en embarcaciones (canotaje, remo, kayak), recorridos en barco de vela para paseos o para acampar)	4 9 Esquí en la nieve
0 9 Jugar a los bolos	5 0 Caminar con raquetas de nieve
1 0 Boxeo	5 1 Fútbol
1 1 Calistenia	5 2 Softball/Béisbol
1 2 Canotaje/remo para competencia	5 3 Squash
1 3 Carpintería	5 4 Subir escaleras/Stair master
pescador	5 5 Pesca en arroyos con botas de
1 4 Baile - ballet, baile de salón, danza latina, hip hop, etc.	5 6 Surfeo
1 5 Ejercicio con máquina elíptica/EFX	5 7 Natación
1 6 Pesca desde bancos de los ríos o en embarcación	5 8 Natación
1 7 <i>Frisbee</i>	5 9 Tenis de mesa
1 8 Trabajos de jardín (con pala, quitar hierba mala, cavar rellenar)	6 0 Tai Chí
1 9 Golf (con carro motorizado)	6 1 Tenis
2 0 Golf (sin carro motorizado)	6 2 Fútbol americano amateur
2 1 Balonmano	6 3 Vóleybol
2 2 Montañismo – campo traviesa	6 4 Caminata
2 3 Hockey	6 6 Esquí acuático
2 4 Equitación	6 7 Levantamiento de pesas
2 5 Caza de animales grandes – venados, alces	6 8 Lucha libre
2 6 Caza de animales pequeños – codornices	6 9 Yoga
2 7 Patinaje en línea	7 0 Otra_____
2 8 Trotar/ <i>jogging</i>	
2 9 <i>Lacrosse</i>	9 9 Se niega a contestar
3 0 Escalar montañas	
3 1 Cortar el césped con máquina	
3 2 <i>Paddleball</i> (tenis de playa)	
3 3 Pintar la casa o colocar papel tapiz	
3 4 Pilates	
3 5 <i>Racquetball</i>	
3 6 Rastrillar las hojas del jardín	
3 7 Correr	
3 8 Escalar rocas	
3 9 Saltar la cuerda	
4 0 Remar con máquina de ejercicio	

## Lista de afecciones de salud que acompañan al módulo 8, pregunta 3

### [NO LE LEA]

#### **Problemas respiratorios**

- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
- Bronquiectasia
- Displasia broncopulmonar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Fibrosis quística
- Enfisema
- Linfangoileiomatosis (LAM, por sus siglas en inglés)
- Hipertensión arterial pulmonar
- Sarcoidosis

#### **Problemas de los riñones**

- Insuficiencia renal crónica
- Cistitis
- Cistocele (hernia de la vejiga)
- Quistes
- Riñón ectópico
- Insuficiencia renal terminal
- Enfermedades glomerulares
- Cistitis intersticial
- Insuficiencia renal
- Cálculos renales
- Síndrome nefrítico
- Poliquistosis renal
- Pielonefritis (infección renal)
- Estenosis de la arteria renal
- Osteodistrofia renal
- Acidosis tubular renal

#### **Anemia**

- Anemia
- Anemia aplásica
- Anemia de Fanconi
- Anemia ferropénica
- Anemia perniciosa
- Anemia drepanocítica o de células falciformes
- Talasemia