



**2013**

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

**Octubre 31, 2012**

## Table of Contents

<b>Guion para el entrevistador (Telefono Celular)</b> .....	<b>5</b>
<b>Secciones básicas</b> .....	<b>8</b>
Sección 1: Estado de salud .....	8
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud .....	8
Sección 3: Acceso a cuidados médicos .....	9
Section 4: Durmio Insuficiente .....	10
Section 5: Conocimiento de la Hipertension .....	11
Section 6: Conocimiento del Colesterol .....	11
Section 7: Afecciones crónicas .....	12
Módulo 1: Prediabetes .....	15
Módulo 2: Diabetes .....	15
Diabetes Gestacional .....	16
Section 8: Datos demográficos .....	17
Sección 9: Consumo de tabaco .....	26
Sección 10: Consumo de alcohol .....	27
Section 11: Frutas y Verduras .....	28
Section 12: Ejercicio Actividad Fisica .....	32
Section 13: Artritis .....	34
Section 15: Vacunas .....	36
Section 16: HIV/AIDS .....	37
<b>Modulos opcionales</b> .....	<b>38</b>
Module 4: Acceso a cuidados medicos .....	38
dModulo 5: Bebidas Azucaradas .....	41
Modulo 6: Comportamiento relacionada con el consume de Sal .....	42
Module 9: Control de la Artritis .....	42
Modulo 18: Industria y Ocupacion .....	43
Module 20: Selección aleatoria de niños .....	2
Módulo 21: Prevalencia del asma infantil .....	5
Niños relacionados con la obesidad .....	6
Seguro de Salud y Acceso .....	8
Binge Drinking .....	15
Prevalencia de Pre-Hipertension .....	16
Preguntas de Salud Mental (PHQ-9) .....	16
Tabaco .....	18
Mammogram .....	21
Control de la Hipertension .....	23
Control del Colesterol .....	25
Prevalencia de Parkinsons .....	25
Intimate Partner Violence .....	30
<b>State Follow-up Question</b> .....	<b>32</b>
Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 13: Actividad física) .....	33

# Guión para el encuestador (Telefono de Casa)

Questionnaires 11, 12, 13.

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 (CDC). Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

**Si la respuesta es no:**

Muchas gracias, pero creo que llamé a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención.  
Adiós. **PARE**

¿Es esta una residencia privada?

LEA SOLO SI ES NECESARIO: "Por residencia privada, nos referimos a un lugar como una casa o un apartamento."

**Si** [Go to state of residence]  
**No** [Go to college housing]

**No, telefono de negocios**

## Vivienda universitaria

¿Vive en una vivienda universitaria?

**Léale solo si es necesario: "Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de arreglos de alojamiento provistos por la universidad".**

**Si es "No":**

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en una residencia particular o universitaria. **PARE**

## State of Residence

Usted reside en \_\_\_\_ (state) \_\_\_\_ ?

**Si** [Go to Adult Random Selection]  
**No** [Go to state]

## State

Muchas gracias pero en este momento solo estamos entrevistando a personas que viven en el estado de \_\_\_\_\_. **STOP**

### Teléfono celular

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**Nota para el encuestador:** El servicio telefónico por Internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

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

**Si respondió "Sí":**

Muchas gracias; pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos fijos y a residencias particulares o universitarias para realizar esta encuesta. **PARE.**

**CATI NOTE: IF (College Housing = Yes) continue; otherwise go to Adult Random Selection Adult**

Usted tiene 18 años o más?

- |          |                                 |                       |
|----------|---------------------------------|-----------------------|
| <b>1</b> | <b>Si, encuestado es Hombre</b> | <b>[Go to Page 6]</b> |
| <b>2</b> | <b>No, encuestada es Mujer</b>  | <b>[Go to Page 6]</b> |
| <b>3</b> | <b>No</b>                       |                       |

**Si es "No",**

Muchas gracias pero en este momento solo estamos entrevistando a personas de 18 años de edad o mayores. **STOP**

### Selección aleatoria de adulto

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

\_\_\_ Cantidad de adultos

**Si es "1",**  
¿Es usted es el adulto?

**Si 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 es "No",**  
¿El adulto es hombre o mujer? Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer.  
¿Podría hablar con **[indique (él/ella) según la respuesta a la pregunta anterior]**? **Pase a "persona que corresponde encuestar" al final de la página.**

¿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 6.**

**A la persona que corresponde encuestar:**

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 (CDC). Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

**Guion para el entrevistador (Telefono Celular)**

HOLA, llamo de parte del departamento de salud.

Mi nombre es

Estamos recaudando información sobre la salud de los residentes de Utah. Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con la asistencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Voy a hacerle unas cuantas preguntas para saber si usted cumple con los requisitos para participar en el estudio.

Nota para el entrevistador: Presione 1 para continuar

Ahora es un buen momento para hablar con usted o esta manejando?"

**Si [Go to pone]**

**No**

**If “No”**

Muchas gracias. Llamaremos en un momento mas conveniente. ([Hacer cita si es posible]) **ALTO**

**Telefono**

Estoy llamando a **(phone number)** ?

**Si [Go to cellular phone]**

**No [Confirm phone number]**

**If "No",**

Muchas gracias, parece que marque el numero equivocado. Es posible que llamemos a su numero en el futuro. **ALTO**

**Teléfono celular**

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

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

**Si** [Go to adult]  
**No**

**If "No",**

Muchas gracias, pero solo estamos haciendo entrevistas con teléfonos celulares en este momento. **ALTO**

### **Adulto**

Usted es mayor de 18 años

1 **Si, encuestador es hombre** [Go to Private Residence]  
2 **Si, encuestado es mujer** [Go to Private Residence]  
3 **No**

**If "No",**

Muchas gracias, pero solo estamos entrevistando a personas de 18 años o mayores en este momento. **ALTO**

### **Residencia Privada**

Vive en una residencia privada?

**LEER SOLO SI ES NECESARIO:** “Por residencia privada, nos referimos a un lugar como una casa o apartamento”

**Si** [Go to state of residence]  
**No** [Go to college housing]

### **Vivienda universitaria**

¿Vive en una vivienda universitaria?

**LEA SOLO SI ES NECESARIO:** “Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de arreglos de alojamiento provistos por la universidad”.

**Si**  
**No**

**Si es "No":**

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en una residencia particular o universitaria. **ALTO**

**Estado de Residencia**

Usted es residente de \_\_\_\_\_ (state) \_\_\_\_\_?

Si [Go to landline]  
No [Go to state]

**Estado**

En que estado vive?

\_\_\_\_\_ ENTER FIPS STATE

**Telefono fijo**

Tambien tiene un teléfono fijo en su casa que usa para hacer y recibir llamadas?

**LEER SOLO SI ES NECESARIO:** “Por teléfono fijo, no referimos a un teléfono “regular” en su casa que se utiliza para hacer y recibir llamada. Porfavor incluya teléfonos fijos que se usan para negocios o uso personal.

**Nota para el entrevistador:** El servicio telefónico por Internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

Si [Go to cellular phone usage]  
No [Go to Core]

NOTE: Si dicen “No lo se/no estoy seguro, o se rehusa” Gracias por su tiempo. Son todas las preguntas que tengo para uste por hoy. ALTO

**Uso de Telefono Celular**

Pensando en todas las llamadas que usted recibe en su teléfono fijo y celular, que porcentaje, entre 0 y 100, se reciben en su teléfono celular?

\_\_\_ % Registre el valor entre 1% y el 100%, permitan repuestas NS y SR.  
888 Zero  
777 No sabe/ No esta seguraDon't know/Not sure  
999 Se rehusa

If "90-100" [Go to Core]

NOTA: Si la respuesta es “0-89”, no sabe/no esta seguro, o se negó”, Muchas gracias. Esas son todas las preguntas que tengo para usted hoy. ALTO

## 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 encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé 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:

(80)

**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 Ahora, con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días ¿por cuántos días su salud física no fue buena?

(81-82)

- Número de días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar



**2.2** Ahora, con respecto a su salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?

(83-84)

-- Número de días

88 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ninguno), pase a la siguiente sección]**

77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

**2.3** En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas?

(85-86)

-- 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?

(87)

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 de confianza?

**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?"**

(88)

1 Sí, solo uno

2 Más de uno

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 su costo?

(89)

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

**3.4** ¿Cuánto hace que fue 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.

(90)

- 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

**CATI Note: If PPHF State and Q3.1 = 1 go to Module 4, Question 4a or If PPHF State and Q3.1 = 2, 7, or 9 go to Module 4, Question 4b, or if not a PPHF State go to next section.**

## Section 4: Durmio Insuficiente

---

Me gustaría preguntarle sobre su patrón de dormir.

**4.1** En promedio, ¿cuántas horas duerme en un periodo de 24 horas?

**INTERVIEWER NOTE: Enter hours of sleep in whole numbers, rounding 30 minutes (1/2 hour) or more up to the next whole hour and dropping 29 or fewer minutes.**

(91-92)

- Numero de horas [01-24]
- 7 7 No se/ No esta seguro
- 9 9 Se Rehusa

## Section 5: Conocimiento de la Hipertension

---

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

(93)

**Leer solo si es necesario:** Por "profesional de la salud" nos referimos a una enfermera, un asistente médico o algún otro profesional de salud con licencia.

**INTERVIEWER NOTE: SI LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER Y RESPONDE SÍ:**  
"¿Esto fue únicamente durante su embarazo?"

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 1 | Si  |                      |
| 2 | Sí, ocurrió únicamente durante el embarazo      | [Go to next section] |
| 3 | No  | [Go to next section] |
| 4 | Hipertensión arterial limítrofe o prehipertenso | [Go to next section] |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO                         | [Go to next section] |
| 9 | Rehusa Contestar                                | Go to next section]  |

5.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta?

(94)

- |   |                         |  |
|---|-------------------------|--|
| 1 | Si                      |  |
| 2 | No                      |  |
| 7 | NO SABE/ NO ESTA SEGURO |  |
| 9 | REHUSA CONTESTAR        |  |

## Section 6: Conocimiento del Colesterol

---

6.1 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?

(95)

- |   |                         |                      |
|---|-------------------------|----------------------|
| 1 | Si                      |                      |
| 2 | No                      | [Go to next section] |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | [Go to next section] |
| 9 | REHÚSA CONTESTAR        | [Go to next section] |

6.2 ¿Cuánto hace aproximadamente que le analizaron el colesterol en la sangre?

(96)

**LEA SÓLO 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 leer:**

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

**6.3** ¿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? (97)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

## Section 7: Afecciones crónicas

---

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre afecciones crónicas generales.

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

**7.1** (¿Alguna vez le dijeron que tuvo) un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio? (98)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

**7.2** (¿Alguna vez le dijeron que tuvo) angina de pecho o una enfermedad coronaria? (99)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.3** ¿(Alguna vez le dijeron que tuvo) un accidente cerebrovascular? (100)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.4** ¿(Alguna vez le dijeron que tuvo) asma? (101)

- 1 Si
  - 2 No
- [Go to Q7.6]**

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO [Go to Q7.6]
- 9 SE REHUSA CONTESTAR [Go to Q7.6]

**7.5** ¿Sigue teniendo asma? (102)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

**7.6** (¿Alguna vez) le dijeron que tuvo cáncer de piel? (103)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.7** (¿Alguna vez) le dijeron que tenía otro tipo de cáncer? (104)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.8** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía EPOC enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema o bronquitis crónica? (105)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.9** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (106)

- 1 Si
- 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)

- 7.10** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve? (107)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Si                     |
| 2 | No                     |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR   |

- 7.11** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía una enfermedad renal (de los riñones)? NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga o incontinencia. (108)
- NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incontinencia es no poder controlar la salida de la orina.
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Si                     |
| 2 | No                     |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR   |

- 7.12** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes? (109)

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante su 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 ocurrió únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 No, prediabetes o intolerancia a la glucosa
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**CATI note: If Q7.12 = 1 (Yes), go to Diabetes Questions. If any other response to Q7.12, go to Pre-Diabetes Optional Module (if used), otherwise, go to next section.**

## Módulo 1: Prediabetes

---

**NOTE: Only asked of those not responding “Yes” (code = 1) to Core Q7.12 (Diabetes awareness question).**

1. ¿Se ha hecho un análisis de sangre para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (270)

- 1 Si
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**CATI note: If Core Q7.12 = 4 (No, pre-diabetes or borderline diabetes); answer Q2 “Yes” (code = 1).**

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

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

(271)

- 1 Sí
- 2 Sí, durante el embarazo
- 3 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

## Módulo 2: Diabetes

---

**Ask on all questionnaires.**

**To be asked following Core Q7.12; if response is "Yes" (code = 1)**

**DMAGE** Que edad tenia cuando le informaron que tenia diabetes?

- – Edad en año **[97 = 97 and older]**
- 9 8 No sabe/no esta seguro
- 9 9 Rehusa contestar

**A1CTEST** La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces aproximadamente 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 or more]**
- 8 8 Ninguna **(Skip to next section)**
- 9 8 Nunca ha oido hablar de la prueba "A1C" **(Skip to next section)**
- 7 7 NO SABE/NO ESTA SEGURO **(Skip to next section)**
- 9 9 SE REHUSA CONTESTAR **(Skip to next section)**

**A1CRSLT** Su examen "A uno C" más reciente fue menos de 7 por ciento?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No lo se pero el doctor dijo que estaba bien
- 4 No lo se pero el doctor dijo que estaba demasiado alto
- 7 No sabe/no esta seguro
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

## Diabetes Gestacional

*Ask on all questionnaires of diabetic women.*

**DMPREG.** ¿Alguna vez usted ha estado embarazada?

- 1 Sí **[Go to DMGEST]**
- 2 No **[Go to next section]**
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[Go to next section]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[Go to next section]**

**DMGEST.** La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que es diagnosticada durante el embarazo. ¿Antes de que usted fuera diagnosticado con la diabetes, le dijo alguna vez un doctor, enfermera, u otro profesional de salud que usted tenía la diabetes gestacional?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Tenia diabetes antes de quedar embarazada
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR



## Section 8: Datos demográficos

---

**8.1** ¿Qué edad tiene? (110-111)

- Codifique edad en años
- 0 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 0 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.2** ¿Es usted hispano o latino? (112-115)

1 No, no Hispano, Latino/a, o Origen español

**Si es Si, pregunte: Usted es...**

**Interviewer Note: *Una o mas categorias pueden ser seleccionadas***

- 2 Mexicano, Mexican Americano, Chicano/a
- 3 Puerto Riqueño
- 4 Cubano
- 5 Atro Hispano, Latino/a, or Origen Español

**No leer:**

- 8 No opciones adicionales
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHUSA CONTESTAR

**8.3** ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece? Diría usted que es Blanca, negro o afroamericano, Indoamericano o native de Alaska, Asiatico, o Islas del Pasifico? (116-143)

**Interviewer Note: (Marque todas las que correspondan)**

**Interviewer Note: If 40 (Asian) or 50 (Pacific Islander) is selected read and code subcategories underneath major heading.**

**Leale:**

- 10 **Blanco**
- 20 **Negro o Afroamericano**
- 30 **Indoamericano o nativo de Alaska**

- 40 Asiatico**
- 41 India asiática
- 42 chino
- 43 filipino
- 44 japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otra Asiatico

- 50 Islas del Pasifico**
- 51 Nativo Hawai
- 52 De Guam or Chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro de las islas del Pacifico

**No leer:**

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No esta seguro
- 99 Se Rehusa a contestar

**CATI note: If more than one response to Q8.3; continue. Otherwise, go to Q8.5.**

**8.4** ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza?

**Interviewer Note: If 04 (Asian) or 05 (Pacific Islander) is selected read and code subcategory underneath major heading.**

(144-145)

**Leale:**

- 10** Blanca
- 20** Negro o afroamericano
- 30** Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- 40** Asiática
  - 41 India Asiatica
  - 42 Chino
  - 43 Filipino
  - 44 Japonés
  - 45 Coreano
  - 46 Vietnamita
  - 47 Otra Asiatico
- 50** Islas del Pasico

- 51 Nativo de Hawaii
- 52 Guamanian or Chamorro
- 53 Samoan
- 54 De otra isla del Pasifico

**No leer:**

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No esta seguro
- 99 Se Rehusa contestar

**8.5** ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular, 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.

(146)

- 1 Si
- 2 No

**No leer:**

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHUSA CONTESTAR

**8.6** ¿Es usted...?

(147)

**Léale:**

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

**O**

- 6 Vive en pareja sin estar casado

**No le lea:**

- 9 REHUSA CONTESTAR

**8.7** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted?

(148-149)

- Número de niños
- 8 8 Ninguno
- 9 9 Rehusa contestar

[Programming note: Ask CELADLT on Questionnaire 21,22,23 only of those cell respondents living in a private residence, no dorms or group homes.]

**CELADLT**  
más?

¿Cuántos miembros de su hogar, incluyéndose usted, tienen 18 años de edad o

- \_\_      Numero de Adults  
77      No sabe/No esta seguro  
99      Se rehusa a contestar

**8.8**

¿Cuál es el grado escolar más alto que ha alcanzado?

(150)

**Léale solo si es necesario:**

- 1      Nunca fue a la escuela o solo fue al kínder  
2      1.º a 8.º grados (escuela primaria)  
3      9.º a 11.º grados (algunos estudios secundarios)  
4      12.º grado o diploma GED (graduado de escuela secundaria superior)  
5      1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela  
técnica)  
6      4 años o más de universidad (graduado de estudios universitarios)

**No le lea:**

- 9      REHUSA CONTESTAR

**8.9**

¿Es o está usted actualmente...?

(151)

**Please read:**

- 1      Empleado asalariado  
2      Trabajador independiente  
3      Desempleado por un año o mas  
4      Desempleado por menos de 1 año  
5      Trabaja en labores del hogar  
6      Estudiante  
7      Jubilado

**O**

- 8      No puede trabajar

**No le lea:**

- 9      REHUSA CONTESTAR

**8.10**

hogar son:

Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su

(152-153)

**Si encuestado no desea responder a NINGUNO de los DIFERENTES niveles de ingresos, codifique '99' (Se niega a contestar)**

**Léale solo si es necesario:**

- 0 4 Menos de \$25,000 **Si es “No”, pregunte 05; si es “Sí”, pregunte 03**  
(entre \$20,000 y menos de \$25,000)
- 0 3 Menos de \$20,000 **Si es “No”, codifique 04; Si es “Sí”, pregunte 02]**  
(entre \$15,000 y menos de \$20,000)
- 0 2 Menos de \$15,000 **Si es “No”, codifique 03; si es “Sí”, pregunte 01**  
(entre \$10,000 y menos de \$15,000)
- 0 1 Menos de \$10,000 **Si es “No”, codifique 02**
- 0 5 Menos de \$35,000 **Si es “No”, pregunte 06**  
(entre \$25,000 y menos de \$35,000)
- 0 6 Menos de \$50,000 **Si es “No”, pregunte 07**  
(entre \$35,000 y menos de \$50,000)
- 0 7 Menos de \$75,000 **Si 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 REHUSA CONTESTAR

**UTIncome** *[Programming note: These response categories are incorporated into 7.10. We need to be able to report the 7.10 categories to the CDC, but we want to look at these finer categories at the state level. UTIncome should be asked on all questionnaire paths.]*

- 01 menos de \$5,000
- 02 \$5,000 a menos de \$10,000
- 03 \$10,000 a menos de \$15,000
- 04 \$15,000 a menos de \$20,000
- 05 \$20,000 a menos de \$25,000
- 06 \$25,000 a menos de \$30,000
- 07 \$30,000 a menos de \$35,000
- 08 \$35,000 a menos de \$40,000
- 09 \$40,000 a menos de \$45,000
- 10 \$45,000 a menos de \$50,000
- 11 \$50,000 a menos de \$55,000
- 12 \$55,000 a menos de \$60,000
- 13 \$60,000 a menos de \$65,000
- 14 \$65,000 a menos de \$70,000
- 15 \$70,000 a menos de \$75,000
- 16 \$75,000 o mas

**8.11** Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(154-157)

**NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 118.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

\_\_\_\_ Peso  
(libras/kilogramos)

7 7 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 9 9 9 SE REHUSA CONTESTAR

- 8.12** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (158-161)

**NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 122.**

**Redondee los decimales hacia abajo**

\_\_ / \_\_ Estatura  
(pies / pulgadas/metros/centímetros)

7 7 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 9 9 9 SE REHUSA CONTESTAR

- 8.13** ¿En qué condado vive? (162-164)

\_\_\_\_ Código ANSI del condado (anteriormente código de condado FIPS)

7 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 9 9 SE REHUSA CONTESTAR

- 8.14** ¿Cuál es el código postal donde vive? (165-169)

\_\_\_\_\_ Código postal

7 7 7 7 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 9 9 9 9 9 SE REHUSA CONTESTAR

**CATI Note: Questions 8.15 – 8.18 are only asked on the landline survey (questionnaires 11, 12, 13).**

- 8.15** ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya celulares ni teléfonos que solo se utilicen para una computadora o un fax. (170)

1	Si	
2	No	[Go to Q8.17]
7	No sabe/No esta segura	[Go to Q8.17]
9	Se rehusa contestar	[Go to Q8.17]

- 8.16** ¿Cuántos de estos números de teléfono son residenciales?

(171)

- Numeros de telefono residenciales **[6 = 6 or more]**  
7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 REHUSA CONTESTAR

**8.17** ¿Tiene un teléfono celular para uso personal? Incluya los celulares utilizados para el trabajo y para uso personal.

(172)

- 1 Si  
2 No **[Go to Q8.19]**  
7 No sabe/ no esta seguro **[Go to Q8.19]**  
9 Se Rehusa contestar **[Go to Q8.19]**

**8.18** Piense en todas las llamadas que recibe en su teléfono fijo y en su teléfono celular. ¿Qué porcentaje de llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular?  
(173-175)

— — — Anote el porcentaje (1 a 100)

- 8 8 8 CERO  
7 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 9 9 REHUSÓ CONTESTAR

**8.19** ¿Usted ha utilizado Internet en los últimos 30 días?  
(176)

- 1 Si  
2 No  
7 No sabe/ No esta seguro  
9 Se Rehusa Contestar

**8.20** ¿Vive en casa propia o rentada?

(177)

- 1 Propia  
2 Rentada  
3 Otra situación de vivienda  
7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 SE REHUSA CONTESTAR

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “Otra situación” puede incluir una vivienda colectiva 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.**

**8.21** Indique el sexo de la persona encuestada. **Pregunte solo si es necesario.** (178)

- 1 Male **[Go to Q8.23]**
- 2 Female **[If respondent is 45 years old or older, go to Q8.23]**

**8.22** Que usted sepa, ¿está embarazada? (179)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[Programming note: Ask **SEXOR** on all questionnaire paths.]

**SEXOR** Los estudios han mostrado que algunos miembros de la comunidad de minoría sexuales tienen factores de riesgo de salud importantes. Coleccionamos la información sobre la orientación sexual para aprender si esto es verdad en Utah. (Nota para el entrevistador: Leer las letras de cada respuesta que aparece abajo y permitir que el entrevistado responda con sólo una letra si así lo desean. Definiciones para cada opción de respuesta se puede leer si es necesario.)

Usted se considera

- A. Heterosexual  
*(DE SER NECESARIO: una persona que tiene sexo con y/o es atraída principalmente a la gente del sexo opuesto.)*
- B. Homosexual o lesbiana  
*(DE SER NECESARIO: una persona que tiene sexo con y/o es atraída principalmente a la gente del mismo sexo.)*
- O
- C. Bisexual  
*(DE SER NECESARIO: una persona que tiene sexo con y/o es atraída a la gente de ambos sexos.)*

Recuerde, sus respuestas son confidenciales.

- 1 A. Heterosexual
- 2 B. Homosexual o lesbiana
- 3 C. Bisexual

**Do not read**

- 4 ALGO DIFERENTE/OTRO



- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 SE REHUSA CONTESTAR

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

**8.23** ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (180)

- 1 Sí  
2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 SE REHUSA CONTESTAR

**8.24** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (181)

**Incluya el equipo que usa ocasionalmente o para ciertas circunstancias.**

- 1 Sí  
2 No  
7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 SE REHUSA CONTESTAR

**8.25** Esta ciego/a o tiene serias dificultades para ver, aun cuando usa lentes? (182)

- 1 Sí  
2 No  
7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 REHUSA CONTESTAR

**8.26** Debido a una condicion fisica, metal o emocional, tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisions? (183)

- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No esta seguro  
9 Se rehusa contestar

**8.27** Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras? (184)

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

9 Se rehusa contestar

**8.28** Tiene dificultad para vestirse or bañarse? (185)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No esta seguro  
9 Se rehusa contestar

**8.29** Debido a una condicion fisica, mental o emocional, tiene usted dificultades para hacer los mandados solo como visitar el consultorio de un medico o ir de compras? (186)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No esta seguro  
9 Se rehusa contestar

## Sección 9: Consumo de tabaco

---

**9.1** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (187)

**NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos**

1 Sí  
2 No [Pase a P9.5]  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO [Pase a P9.5]  
9 SE REHUSA CONTESTAR [Pase a P9.5]

**9.2** Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada? (188)

1 Todos los días  
2 Algunos días  
3 No fuma para nada [Pase a P9.4]  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO [Pase a P9.5]  
9 SE REHUSA CONTESTAR [Pase a P9.5]

**9.3** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (189)

- 1 Sí [Pase a P9.5]
- 2 No [Pase a P9.5]
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO [Pase a P9.5]
- 9 SE REHUSA CONTESTAR [Pase a P9.5]

**9.4** ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque sea una o dos caladas? (190-191)

- 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 10 años o más
- 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 9 REHUSA CONTESTAR

**9.5** ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o snus todos los días, algunos días o para nada?

**Snus (rhymes with 'goose')**

**NOTA: "Snus" (nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y generalmente se vende en bolsitas que se colocan entre el labio y la encía.**

(192)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Para nada

**No le lea:**

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHUSA CONTESTAR

## Sección 10: Consumo de alcohol

---

**10.1** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, bebida a base de malta o licor? (193-195)

- 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 REHUSA CONTESTAR [**Pase a la siguiente sección**]

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

(196-197)

**NOTA: una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.**

-- Cantidad de tragos

- 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
 9 9 SE REHUSA CONTESTAR

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

(198-199)

-- Cantidad de veces

- 8 8 NINGUNA  
 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
 9 9 REHUSA CONTESTAR

**10.4** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión?

(200-201)

-- Cantidad de tragos

- 7 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
 9 9 SE REHUSA CONTESTAR

## Section 11: 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: 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?'**

**11.1** 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%. (202-204)

- 1 \_\_ Por día,
- 2 \_\_ Por semana
- 3 \_\_ Por mes
  
- 5 5 5 NUNCA
- 7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 9 9 REHÚSA CONTESTAR

NOTA: 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, SunnyDelight, 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

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).

**11.2** 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. (205-207)

- 1 \_\_ Por día,
- 2 \_\_ Por semana
- 3 \_\_ Por mes
  
- 5 5 5 NUNCA
- 7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 9 9 REHÚSA CONTESTAR

**Léale solo si es necesario:** Está bien si dice un aproximado. Incluya manzanas, bananas, pure 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.

NOTE: 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.)

**11.3** 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? Do NOT include long green beans. NO incluya ejotes. (208-210)

- 1 \_ \_ Por día
- 2 \_ \_ Por semana
- 3 \_ \_ Por mes
- 5 5 5 NUNCA
- 7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 9 9 REHÚSA 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. Do NOT include long green beans such as string beans, broad or winged beans, or pole beans.'**  
**NO incluya ejotes, tales como judías verdes, habas, o frijolillos.'**

**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.

**11.4** 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? (211-213)

- 1 \_ \_ Por día
- 2 \_ \_ Por semana
- 3 \_ \_ Por mes
- 5 5 5 NUNCA
- 7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 9 9 REHÚSA CONTESTAR

**NOTA:** 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 (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.

**11.5** Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras anaranjadas como batatas (camotes), calabazas, calabacines o zanahorias? (214-216)

- 1 \_ \_ Por día
- 2 \_ \_ Por semana
- 3 \_ \_ Por mes
- 5 5 5 NUNCA
  
- 7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 9 9 REHÚSA 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'

**NOTA:** 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 vegetales).

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 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).

**11.6** 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.

(217-219)

- 1 \_ \_ Por día
- 2 \_ \_ Por semana
- 3 \_ \_ Por mes
- 5 5 5 NUNCA
  
- 7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 9 9 REHÚSA 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 agridulce y salsa relish.

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

Include culturally and geographically appropriate vegetables that are not mentioned (e.g. daikon, jicama, oriental cucumber, etc.).

Incluya las verduraras apropiadas cultural y geograficamente que no se mencionan (por ejemplo, daikon, jicama, pepino oriental, etc.)

Do not include rice or other grains.

No incluya el arroz u otros granos.

## Section 12: Ejercicio Actividad Fisica

---

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

**INTERVIEWER INSTRUCTION: 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.**

**12.1** Durante el último mes, ¿realizó algún tipo de ejercicio físico aparte de su trabajo normal, como correr, calistenia, jugar al golf, actividades de jardinería o caminar?

(220)

1	Si	
2	No	[Go to Q12.8]
7	NO SABE/NO ESTÁ SEGURO	[Go to Q12.8]
9	SE REHUSA CONTESTAR	[Go to Q12.8]

**12.2.** ¿A qué tipo de actividad o ejercicio dedicó más tiempo durante el último mes?

(221-222)

--	(Especifique)	[See Physical Activity Coding List]
7 7	NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO	[Go to Q12.8]
9 9	REHÚSA CONTESTAR	[Go to Q12.8]



**INTERVIEWER INSTRUCTION:** Si la actividad del encuestado no aparece en la Lista A de codificación, elija la opción listada como 'Otra \_\_\_' y especifique la actividad que le indicó el encuestado.

**12.3** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes? (223-225)

1\_\_ Por semana  
2\_\_ Por mes

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

**12.4** Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó regularmente? (226-228)

\_\_:\_\_ Horas y minutos

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

**12.5** Qué otro tipo de actividad física realizó en segundo lugar durante el último mes? (229-230)

\_\_ Especifique **[See Physical Activity Coding List]**  
8 8 Ninguna otra actividad **[Go to Q12.8]**  
7 7 No sabe/No esta seguro **[Go to Q12.8]**  
9 9 Se rehusa contestar **[Go to Q12.8]**

**INTERVIEWER** Si la actividad del encuestado no aparece en la Lista A de codificación, elija la opción listada como 'Otra \_\_\_' y especifique la actividad que le indicó el encuestado.

**12.6** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes? (231-233)

1\_\_ Por semana  
2\_\_ Por mes

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

**12.7** Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó regularmente? (234-236)

\_: \_ Horas y minutos  
7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 9 9 REHÚSA CONTESTAR

**12.8** 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..

(237-239)

1 \_ \_ Por semana  
2 \_ \_ Por mes

8 8 8 NUNCA  
7 7 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 9 9 REHÚSA CONTESTAR

## Section 13: Artritis

---

**If Q7.9 = 1 (yes) then continue, else go to next section.**

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.

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

(240)

(193)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se rehusa 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: Q13.2 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral.**

**13.2** 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?

(241)

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro

**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".**

- 13.3** 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?

(242)

**Léale: [1-3]:**

- 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".

- 13.4** 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.* (243-244)

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

## Seccion 14: Uso de Cinturon de Seguridad

---

**14.1** ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un carro? Diría usted que...

(245)

**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 rehusa contestar

## Section 15: Vacunas

---

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™.

**15.1** En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe estacional mediante un atomizador que se aplica en la nariz?

(246)

**Lea si es necesario:**

Una nueva vacuna contra la gripe salió en 2011 que inyecta la vacuna en la piel con una aguja muy pequeña. Se le llama vacuna intradérmica Fluzone. Esto también se considera una vacuna contra la gripe.

- 1 Si
- 2 No **[Go to Q15.3]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Go to Q15.3]**
- 9 Se rehusa contestar **[Go to Q15.3]**

**15.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la gripe en atomizador aplicado en la nariz?

(247-252)

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

**15.3** Desde 2005, ha tenido una vacuna contra el tétanos?

(253)

Si es así, pregunte: "¿Fue Tdap, la vacuna contra el tétano que también tiene la vacuna de la tos ferina?"

- 1 Si, recibido Tdap
- 2 Sí, recibido vacuna contra el tétanos, pero no Tdap
- 3 Sí, recibido vacuna contra el tétanos, pero no está seguro de qué tipo
- 4 No, no recibió ninguna tétanos desde 2005
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusa Contestar

**15.4** 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?

(254)

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

## Section 16: HIV/AIDS

---

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.

(255)

- 1 Si
- 2 No **[Go to optional module transition]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Go to optional module transition]**
- 9 Se rehusa contestar **[Go to optional module transition]**

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

(256-261)

**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  
 7 7 / 7 7 7 7      No sabe/ No está seguro  
 9 9 / 9 9 9 9      Se rehusa contestar

**CATI NOTE: If Core Q16.2 = within last 12 months continue, else go to optional module transition.**

**16.3** ¿Dónde se hizo la última prueba de VIH - a un médico particular o de una HMO, en un lugar de asesoramiento y pruebas, en la sala de emergencia, como un paciente internado en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en una instalación de tratamiento de drogas, en el hogar o en algún otro lugar?

(262-263)

- 0 1 Médico particular o HMO
- 0 2 Asesoramiento y pruebas
- 0 9 Sala de emergencia**
- 0 3 Paciente internado en el hospital
- 0 4 Clínica
- 0 5 Carcel o Prision (u otra institución correccional)
- 0 6 Instalacion de tratamiento y drogas
- 0 7 En casa
- 0 8 En otro lugar
- 7 7 No sabe/no esta seguro
- 9 9 Se rehusa contestar

## Modulos opcionales

### Module 4: Acceso a cuidados medicos

---

- 1** Tiene Medicare? (298)
- 1 Si
  - 2 No
  - 7 No sabe/no esta seguro
  - 9 Se rehusa contestar

**Note: Medicare es un plan de cobertura para personas de 65 años o mas y para ciertas personas de movilidad reducida.**

- 2** Esta actualmente cubierto por cualquiera de los siguientes tipos de seguro medico o planes de coverture medica? (299-312)

(Seleccione todos los que apliquen)

**Por favor lea:**

- 01 Su empleador  
02 Empleador de alguien mas  
03 Un plan que usted u otra persona pagan por su cuenta  
04 Asistencia Medica o Medicaid(otro nombre sustituto de programa estatal)  
05 Fuerzas armadas,CHAMPUS,oAdministracion de Veteranos [oCHAMP-  
VA]  
06 Servicio de Salud Indigena (o el servicio de Salud de Nativos de Alaska)  
07 Alguna otra fuente  
88 Ninguna  
77 No sabe/No esta seguro  
99 Se rehusa contestar

**CATI Note: If PPHF State go to core 3.2**

- 3 Además de los costos, hay muchas otras razones por las que personas posponen la atención médica necesaria.

En los últimos 12 meses, usted se retrasó la atención médica que ha necesitado por cualquiera de los siguientes motivos? Seleccione la razón más importante

(313)

**Please read**

- 1 No podía comunicarse por teléfono  
2 No podía conseguir una cita pronto.  
3 Una vez que llegamos allí, había que esperar mucho tiempo para ver al  
medico.  
4 La oficina (clínica/consultorio) no estaba abierto cuando llegamos allí.  
5 Usted no tiene transporte.

**No lea:**

- 6 otro \_\_\_\_\_ (314-338)  
especifique  
8 No, no puse el cuidado médico/ no necesite cuidado médico  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se rehusa contestar

**CATI Note: If PPHF State, go to core 3.4**

**CATI Note: If Q3.1 = 1 (Yes) continue, else go to Q4b**

- 4a En los últimos 12 meses, hubo algún momento cuando usted no tenía ningún tipo de seguro de salud o cobertura?

(339)

- 1 Si [Go to Q5]  
2 No [Go to Q5]  
7 No sabe/no está seguro [Go to Q5]  
9 Se rehusa contestar [Go to Q5]

**CATI Note: If Q3.1 = 2, 7, or 9 continue, else go to next question (Q5)**

**4b** Cuanto tiempo ha pasado desde la ultima vez que tubo cobertura medica?  
(340)

- 1 6 meses o menos
- 2 Mas de 6 meses, pero no mas de 1 año
- 3 Mas de 1 año, pero no mas de 3 años
- 4 Mas de 3 años
- 5 Nunca
- 7 No sabe/ No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

**5** Cuantas veces ha ido a un doctor, enfermera u tro professional en los ultimos 12 meses?  
(341-342)

- Numero de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/ No esta seguro
- 9 9 Se rehusa contestar

**6** Hubo algun momento en los ultimos 12 meses en que usted no tomo su medicamento segun lo prescrito por razones economica? No incluya medicamento sin receta. (343)

- 1 Si
- 2 No

**No lea:**

- 3 Ningun medicamento ha sido prescrito
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

**7** En general que tan satisfecho/a esta usted con la atencion medica que recibio? Diria usted?  
(344)

- 1 Muy satisfecho
- 2 Algo satisfecho
- 3 Nada Satisfecho

**No lea:**

- 8 No aplica
- 7 No sabe/ no seguro
- 9 Se rehusa contestar



8 Actualmente tiene facturas medicas que se estan pagando con el tiempo? (345)

**Nota para entrevistador:**

**Esto podria incluir los gastos medicos que se pagan con una tarjeta de credito, a travez de prestamos personales, pago de facturas o arreglos con hospitals u otros proveedores. Los pagos pueden ser de años anteriores, asi como de este año. .**

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ no seguro
- 9 Se rehusa contestar

**CATI Note: If PPHF state, Go to core section 4.**

## dModulo 5: Bebidas Azucaradas

---

Ahora me gustaria hacerle algunas preguntas sobre las bebidas azucarada.

1. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia bebía soda regular o soda que contiene azúcar? No incluya refrescos de dieta

**Por favor lea:**

Puede contestar cuantas veces por día, semana o mes, por ejemplo, dos veces al día, una vez a la semana, y así sucesivamente..

(346-348)

- 1 \_\_ veces por dia
- 2 \_\_ veces por semana
- 3 \_\_ veces por mes

**No lea:**

- 8 8 8 Ninguno
- 7 7 7 No sabe / No está seguro
- 9 9 9 Rehusa contestar

2. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia bebio bebidas endulzadas con azúcar de fruta (como Kool-aid y limonada), té dulce, y bebidas de deportes o energéticas (como Gatorade y Red Bull)? No el jugo de 100% de fruta, bebidas de dieta o bebidas endulzadas artificialmente.

**Por favor lea:** Puede contestar cuantas veces por día, semana o mes, por ejemplo, dos veces al día, una vez a la semana, y así sucesivamente

(349-351)

- 1 \_\_ veces por dia
- 2 \_\_ veces por semana
- 3 \_\_ veces por mes

**No lea:**

- 8 8 8 Ninguno
- 7 7 7 No sabe / No está seguro
- 9 9 9 Rehusa contestar

## Modulo 6: Comportamiento relacionada con el consume de Sal

---

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el sodio o el consumo de sal.

La mayor parte del sodio o la sal que consumimos proviene de los alimentos procesados y los alimentos preparados en restaurantes. La sal también se puede añadir en la cocina o en la mesa.

1. ¿Está usted observando o reduciendo su consumo de sodio o sal? (352)

- 1 Si
- 2 No [Go to Q3]
- 7 No sabe/No esta seguro [Go to Q3]
- 9 Se rehusa contestar [Go to Q3]

2. Cuantas días, semanas, meses o años ha estado observando o reduciendo su consumo de sodio o sal? (353-355)

- 1\_\_ Dia(s)
- 2\_\_ Semana(s)
- 3\_\_ Mes(s)
- 4\_\_ Año(s)
- 5 5 5 Toda mi vida
- 7 7 7 No sabe/No esta seguro
- 9 9 9 Se rehusa contestar

3. Algun medico u otro professional de salud algunas vez le recomendo reducir el consumo de sal o sodio? (356)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / no está seguro
- 9 Se niega a

## Module 9: Control de la Artritis

---

**CATI NOTE: If Core Q7.9 = 1 (Yes), continue. Otherwise, go to next module.**

1. Anteriormente usted indico 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? (380)

**Lea:**

- 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? (381)
- 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? (382)

**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 rehusa 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? (383)

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

If Core Q8.9 = 1 or 4 (Employed for wages or out of work for less than 1 year) or 2 (Self-employed), continue else go to next module.

Ahora voy a preguntarle acerca de su obra.

1. ¿Qué tipo de trabajo hace usted? (por ejemplo, una enfermera, conserje, cajero, mecánico de automóviles)

**ENTREVISTADOR NOTA:** Si el entrevistado no está claro, preguntar "¿Cuál es el título de su trabajo?"

**ENTREVISTADOR NOTA:** Si la persona encuestada tiene más de un trabajo, entonces pregunte, "¿Cuál es su ocupación principal?"

[Respuesta] \_\_\_\_\_  
99 Se rehusa

2. ¿En qué tipo de negocio o industria trabaja usted? (por ejemplo, hospital, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurante) (454-478)

[Respuesta] \_\_\_\_\_  
99 Refused

## Module 20: Selección aleatoria de niños

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

If Core Q8.7 = 1, Interviewer please read: Anteriormente, usted mencionó que hay un niño de 17 años o menor en su casa. Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ese niño. " [Go to Q1]

If Core Q8.7 is >1 and Core Q8.7 does not equal 88 or 99, Interviewer please read: Anteriormente usted mencionó que en su casa había [cantidad] 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.

**CATI INSTRUCTION: RANDOMLY SELECT ONE OF THE CHILDREN. This is the "Xth" child. Please substitute "Xth" child's number in all questions below.**

**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)

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

**CATI INSTRUCTION: Calculate the child's age in months (CHLDAGE1=0 to 216) and also in years (CHLDAGE2=0 to 17) based on the interview date and the birth month and year using a value of 15 for the birth day. If the selected child is < 12 months old enter the calculated months in CHLDAGE1 and 0 in CHLDAGE2. If the child is ≥ 12 months enter the calculated months in CHLDAGE1 and set CHLDAGE2=Truncate (CHLDAGE1/12).**

2. ¿Es niño o niña? (494)

- 1 Niño
- 2 Niña
- 9 Se niega a contestar

3. ¿El niño es Hispano,Latino/a, o de Origen Español? (495-498)

- 1 No, no es Hispano,Latino/a, o de Origen Español

**Si si, pregunte: Son...**

**Interviewer Note: One or more categories may be selected**

- 2 Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a
- 3 Puerto Riqueño
- 4 Cubano
- 5 Otro tipo de Hispano, Latino/a, o de Origen Español

**Do not read:**

- 8 No opciones adicionales
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza o grupo étnico del niño? (499-526)

**(Select all that apply)**

**Nota para el entrevistador: Si 40 (Asia) o 50 (Islas del Pacífico) se selecciona leer subcategorías.**

- 10 Blanco
- 20 Negro o Afroamericano
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska
- 40 Asiático
  - 41 India asiática
  - 42 chino
  - 43 filipino
  - 44 japonés

- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otra Asiatico

**50 Islas del Pasifico**

- 51 Nativo Hawai
- 52 De Guam or Chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro de las islas del Pacifico

**No leer:**

- 60 Otro
- 88 No opciones adicionales
- 77 No sabe no esta seguro
- 99 Se rehusa a contestar

5. ¿Cuál de estos grupos diría usted que representa mejor la raza del niño?  
(527-528)

**Nota para el entrevistador: Si 40 (Asia) o 50 (Islas del Pacífico) se selecciona leer subcategorías.**

**10 Blanco**

**20 Negro o Afroamericano**

**30 Indoamericano o nativo de Alaska**

**40 Asiatico**

- 41 India asiática
- 42 chino
- 43 filipino
- 44 japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otra Asiatico

**50 Islas del Pasifico**

- 51 Nativo Hawai
- 52 De Guam or Chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro de las islas del Pacifico

**No leer:**

- 60 Otro
- 88 No opciones adicionales
- 77 No sabe no esta seguro
- 99 Se rehusa a contestar

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño? (529)

**Please read:**

**Léale:**

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológico, padrastro o madrastra o padre o madre adoptivos)
- 2 Abuelo/a
- 3 Tutor legal o padre sustituto ("foster parent")
- 4 Hermano o hermana (incluya hermanos biológicos, hermanastros o hermanos adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

**No le lea:**

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

## Módulo 21: Prevalencia del asma infantil

---

**CATI note: If response to Core Q8.7 = 88 (None) or 99 (Refused), go to next module.**

Las siguientes dos preguntas son acerca del niño número "X" [CATI: complete con el número correspondiente del niño].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño tenía asma? (530)

- 1 Si
- 2 No [Go to next module]
- 7 No sabe/No esta seguro [Go to next module]
- 9 Se rehusa contestar [Go to next module]

2. ¿El niño aún tiene asma? (531)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

## Preguntas adicionales del Estado

### La prevalencia de diabetes infantil

**Ask on all questionnaires.**

**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 Se niega a contestar

## Niños relacionados con la obesidad

**Preguntar en todos los cuestionarios. Preguntar a niños de 5-17 solamente.**

**CATI note: If Core Q8.7 = 88, or 99 (No children under age 18 in the household, or Refused), go to next section. If age of child is not 5-17 then skip to next section.**

**STCHILD1** En un día escolar típico, ¿cuántas horas pasa su hijo por lo general viendo la televisión o películas? Incluye DVD y películas de vídeo. No cuente los juegos de video o computadora.

- 1 Menos de 1 hora
- 2 1 a 2 horas (1 hora a menos de 2 horas)
- 3 2 a 3 horas (2 horas a menos de 3 horas)
- 4 3 a 4 horas(3 horas a menos de 4 horas)
- 5 4 a 5 horas4 horas a menos de 5 horas)
- 6 5 horas o más
- 7 No sabe / No está seguro
- 8 Ninguno
- 9 Se rehusa contestar

**STCHILD2** En un día escolar típico, ¿cuántas horas pasa su hijo por lo general jugando juegos de video o computadora?

- 1 Menos de 1 hora
- 2 1 a 2 horas (1 hora a menos de 2 horas)
- 3 2 a 3 horas (2 horas a menos de 3 horas)
- 4 3 a 4 horas(3 horas a menos de 4 horas)
- 5 4 a 5 horas4 horas a menos de 5 horas)
- 6 5 horas o más
- 7 No sabe / No está seguro
- 8 Ninguno
- 9 Se rehusa contestar

**STCHILD3** En un fin de semana típico, ¿cuántas horas pasa su hijo por lo general viendo la televisión o películas? Incluya DVD y películas de vídeo. No cuente los juegos de video o computadora..

- 1 Menos de 1 hora
- 2 1 a 2 horas (1 hora a menos de 2 horas)
- 3 2 a 3 horas (2 horas a menos de 3 horas)



- 4 3 a 4 horas(3 horas a menos de 4 horas)
- 5 4 a 5 horas4 horas a menos de 5 horas)
- 6 5 horas o más
- 7 No sabe / No está seguro
- 8 Ninguno
- 9 Se rehusa contestar

**STCHILD4** En un fin de semana típico, ¿cuántas horas pasa su hijo por lo general jugando juegos de video o computadora?

- 1 Menos de 1 hora
- 2 1 a 2 horas (1 hora a menos de 2 horas)
- 3 2 a 3 horas (2 horas a menos de 3 horas)
- 4 3 a 4 horas(3 horas a menos de 4 horas)
- 5 4 a 5 horas4 horas a menos de 5 horas)
- 6 5 horas o más
- 7 No sabe / No está seguro
- 8 Ninguno
- 9 Se rehusa contestar

**CHILDSSB** ¿Con qué frecuencia su hijo toma un vaso o lata de refresco o soda como coca cola, u otras bebidas azucaradas como jugos de frutas o bebidas deportivas? No cuente las bebidas de dieta.

**Nota para el entrevistador:** Esto también incluye las bebidas con azúcar añadido, tales como Sunny Delight, bebidas de té helado, Tampico, Hawaiian Punch, el jugo de la caña de azúcar, cóctel de arándano, Hi-C, Snapple, Gatorade, bebidas endulzadas con agua y bebidas energéticas.

- 1 \_\_ Por día
- 2 \_\_ a la semana
- 3 \_\_ por mes
- 4 \_\_ por año

- 888 Nunca
- 777 No sabe / No está seguro
- 999 Se rehusa contestar

## Pregunta de Cena con la Familia

**FAMDIN1** Durante el último mes, ¿cuántas veces por día, semana o mes toda su familia o la mayor parte de su familia que vive en su casa comió una de las comidas juntos?

y las opciones de respuesta son como las opciones de frutas y verduras

- 1\_\_ por día
- 2 por semana
- 3 por mes
- 555 nunca

## Seguro de Salud y Acceso

**Preguntar en cuestionario 11 y 21. Pregunte 'K' preguntas de los encuestados con un niño elegido al azar.**

**Todos los nombres de preguntas que comienzan con K se le preguntó sobre el niño seleccionado al azar.**

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su cobertura [y de su hijo] de seguro de salud.

**COVMed** [this question and COVtype will only be asked of adults who answered no to C03Q01.]  
Anteriormente usted dijo que no tenía ninguna cobertura de salud. Hay algunos tipos de planes en los que no haya considerado. ¿Tiene Medicare? (81)

3	Si
4	No
8	No sabe/No esta seguro
9	Se rehusa contestar

**Note: Medicare es un plan de cobertura para personas de 65 o más y para ciertas personas con discapacidades..**

**COVtype** Está usted actualmente cubierto por cualquiera de los siguientes tipos de seguro médico o planes de covetura medica? (82)

**Por favor leer:**

- |    |  |
|----|--|
| 01 | Su empleador   |
| 02 | Empleador de alguien mas   |
| 03 | Un plan que usted u otra persona pagan por su cuenta                     |
| 04 | Asistencia Medica o Medicaid(otro nombre sustituto de programa estatal)  |
| 05 | Fuerzas armadas,CHAMPUS,oAdministracion de Veteranos [oCHAMP-VA]         |
| 06 | Servicio de Salud Indigina (o el servicio de Salud de Nativos de Alaska) |
| 07 | Alguna otra fuente   |
| 88 | Ninguna  |
| 77 | No sabe/No esta seguro   |
| 99 | Se rehusa contestar  |

**KCOVtype** Está el niño actualmente cubiertos por cualquiera de los siguientes tipos de seguro de salud o cobertura de plan de salud? (82)

**Por favor leer:**

- |    |  |
|----|--|
| 01 | Su empleador   |
| 02 | Empleador de alguien mas   |
| 03 | Un plan que usted u otra persona pagan por su cuenta                     |
| 04 | Asistencia Medica o Medicaid(otro nombre sustituto de programa estatal)  |
| 05 | Fuerzas armadas,CHAMPUS,oAdministracion de Veteranos [oCHAMP-VA]         |
| 06 | Servicio de Salud Indigina (o el servicio de Salud de Nativos de Alaska) |
| 07 | Alguna otra fuente   |
| 88 | Ninguna  |
| 77 | No sabe/No esta seguro   |
| 99 | Se rehusa contestar  |

If KCOVtype = 01 – 09, then skip to KCOV12. Otherwise, continue. **\*\*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 KUNINS.**

**KUNINS** ¿Por cuántos meses ha estado el niño sin seguro medico?

- 00 Menos de 4 semanas **(Skip to KWHY1)**
- 01-60 Poner # de meses **(Skip to KWHY1)**
- 61 Mas de 5 años **(Skip to KWHY1)**
- 77 No sabe/No esta seguro **(Skip to KWHY1)**
- 99 Se rehusa contestar **(Skip to KWHY1)**

**KCOV12** En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que el niño no tenía ningún seguro de salud o cobertura?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

**\*\*At this point CATI determines the insurance status of the adult. Adult is insured if they answered 01 – 07 to 3.3, if they answered 1 to COVMed, or if they answered 01-07 to COVtype. Adult is uninsured if they answered 88 to 3.3 or to COVtype. Those who answered 77 or 99 to 3.3 should get asked COV12. 1=insured, 2=uninsured. Insured adults go on to CARDSIZE, uninsured adults go on to WHY.**

**\*do we need to include these? What about people who say they have Medicaid but then say their card is credit card sized? We don't switch them to private covg. Do some Medicaid people have credit card sized cards?**

**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 SE NIEGA A 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 SE NIEGA A 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 SE NIEGA A 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 then go to WHY.**  
**If child is uninsured then go to KWHY.**  
**If adult is insured, go to INSDELY.**  
**If child is insured, go to KINSDELY.**

**WHY** Voy a leerle una lista de razones por las que podría estar sin seguro medico. Por favor, dígame qué razones se aplican a usted. ¿No tiene seguro porque?

**CATI note: display words in brackets if there is more than 1 adult living in the household.**

**Lea las respuestas, seleccione todos los que correspondan.**

- 1 El empleador de usted o de otra persona no ofrece seguro de salud.
- 2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo
- 3 Usted [o alguien de la familia] es un empleado temporal
- 4 Usted [o alguien en el hogar] trabaja por cuenta propia
- 5, Las primas cuestan demasiado
- 6 Está sano y decidió que sería mejor ir sin seguro
- 7, la compañía de seguros se negó a cubrirle
- 8 ¿Ha perdido la elegibilidad de Medicaid o CHIP, o
- 66 Alguna otra razón?
  
- 77 No sabe / no está seguro
- 99 Se rehusa contestar

**If WHY=5 then ask:**

**WHYcost** Existe una condicion de salud que haya hecho que las primas cuestan mucho?

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | SE Rehusa CONTESTAR    |

**If WHY=7 then ask:**

**WHYpec** ¿La compañía de seguros se niegan a cubrir debido a una condición preexistente?

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Si                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No esta seguro |
| 9 | Se rehusa contestar    |

**If WHY=8 then ask:**

**WHYelig** ¿Perdió la elegibilidad para Medicaid o CHIP porque

**Lea:**

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Los ingresos de la familia aumentaron,                         |
| 2 | Los papeles para completar elegibilidad no fueron completados, |
| 3 | Ya no estaba embarazada o paso el año de edad de elegibilidad  |
| 4 | Usted perdió su trabajo, o                                     |
| 5 | Qual quiera otra razon   |

**No leer**

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 7 | No sabe/No esta seguro |
| 9 | Se rehusa contestar    |

**KWHY** Ahora me gustaría preguntarle acerca de las razones por qué el niño podría estar sin seguro. Voy a leerle una lista de razones, por favor dígame qué razones se aplican al niño. ¿Es el niño sin seguro porque

**CATI note: display words in brackets if there is more than 1 adult living in the household.**

**Lea las respuestas, seleccione todos los que correspondan.**

- |    |   |
|----|---|
| 1  | El empleador de usted o de otra persona no ofrece seguro de salud para el niño    |
| 2  | Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo           |
| 3  | Usted [o alguien de la familia] es un empleado temporal                           |
| 4  | Usted [o alguien en el hogar] trabaja por cuenta propia                           |
| 5  | Las primas cuestan demasiado  |
| 6  | El niño está sano y están seguros de que [él / ella] esta mejor sin seguro medico |
| 7  | La compañía de seguros se negó a cubrir [él / ella]                               |
| 8  | El niño perdido elegibilidad para Medicaid o CHIP o                               |
| 66 | alguna otra razón?  |

77 No sabe / no está seguro

99 Se rehusa contestar

**If kWHY=5 then ask:**

**KWHYcost** Existe una condición de salud que haya hecho que las primas cuestan mucho?

- |   |    |
|---|----|
| 1 | Sí |
| 2 | No |

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE Rehusa CONTESTAR

**If KWHY=7 then ask:**

**KWHYpec** ¿La compañía de seguros se nego a cubrir al niño debido a una condición preexistente?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

**If KWHY=8 then ask:**

**KWHYelig** ¿El niño perdió la elegibilidad para Medicaid o CHIP porque

**Lea:**

- 1 Los ingresos de la familia aumentaron,
- 2 Los papeles para completar elegibilidad no fueron completados,
- 3 Ya no estaba embarazada o paso el año de edad de elegibilidad
- 4 Usted perdió su trabajo, o
- 5 Qual quiera otra razon

**No leer**

- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

**If respondent is only adult in HH and is unemployed, skip WHYemp and KWHYemp if there is an uninsured child.**

**WHYemp** 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 SE NIEGA A CONTESTAR

**KWHYemp** **[if no uninsured adult, then read:** Estamos interesado en saber si hay personas que podrían obtener seguro medico por medio de su empleador, pero deciden no tomarla. El niño podria estar cubierto por algun plan que se ofrece por medio de su empleador?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

**INSDELY** *(Skip if adult has been uninsured for more than 12 months (UNINS>12 months)).*

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.

Nota para el entrevistador: Esta pregunta se hace a todas las personas, incluso si **actualmente no tienen** seguro. La razon es que en **algun momento de los ultimos 12 meses** que haya tenido seguro y se encontro con este 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

**KINSDELY** *(Skip if child has been uninsured for more than 12 months, KUNINS>12 months).*  
 En los ultimos 12 meses, el nino(a) tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico proque el servicio no lo cubria su aseguranza?

Nota para el entrevistador: Esta pregunta se hace a todas las personas, incluso si **actualmente no tienen** seguro. La razon es que en **algun momento de los ultimos 12 meses** que haya tenido seguro y se encontro con este 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 proque el servicio no es ofrecido en su area?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

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

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

**KCOSTDEL** Pensando en el niño(a), en los últimos 12 meses 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 SE REHUSA CONTESTAR

*\*\*\*Skips for EMPLOYED and HOURSWKD were changed beginning July, 2012. Previous to this, everyone was asked EMPLOYED and those who said no, regardless of response to C07Q09, skipped HOURSWKD and NUMEMPS. This meant we were not getting hours data for people who reported being Employed or self-employed, but answered no to working for pay or profit.*

**\*for 2013, these will need to be adjusted considering placement of industry and occupation questions!**

**If C07Q09 = (3,4,5,6,7,8,9) then ask Employed. If C07Q09 = (1,2) then skip to Hourswkd.**

**EMPLOYED** Voy a hacerle algunas preguntas sobre actividades relacionadas con el trabajo. ¿Hace cualquier trabajo por una remuneración o beneficio?

**[CATI NOTEi: If they respond 1, 7 or 9 to this question they get asked question HOURSWKD. If they respond 2 they skip the other 2 questions in this section (HOURSWKD and NUMEMPS).]**

**Nota para el entrevistador:** Si el entrevistado le pregunta por que nos preguntan sobre el empleo: Al preguntar sobre el empleo y donde la gente trabaja, el Departamento de Salud esta tratando de entender mas acerca de las companias que ofrecen seguro de salud.

**Nota para el entrevistador:** Si el entrevistado dice que han estado de vacaciones recientemente, todavia es necesario para obtener informacion sobre el empleo. Pregunte: En la actualidad trabaja por una remuneracion o beneficio?

- 1 Si **(skip to HOURSWKD)**
- 2 No **(skip to next section)**
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO **(skip to HOURSWKD)**
- 9 REHÚSA CONTESTAR **(skip to HOURSWKD)**

**HOURSWKD** **If C07Q09 = (1,2) then show “Earlier you said you are [fill in with either “employed for wages” or “self-employed”].**

How many hours per week do you **usually** work at your main job?

**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** 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

## Binge Drinking

*Ask on all questionnaires.*

**CATI Note: If C10Q03 = 1-76, then ask. If C10Q03 = 77, 88, or 99, skip to next section.**

**BINGE1** Anteriormente, usted dijo que bebía [si es hombre = "5 o más"; si es mujer = "4 o más"] bebidas alcohólicas en al menos una ocasión en los últimos 30 días. Las siguientes preguntas son acerca de la ocasión más reciente en que esto sucedió.

Durante la ocasión más reciente, donde estaba cuando consumio la mayor parte de alcohol?

**Lea sólo si es necesario:**

- 1 En su casa (casa, apartamento, habitación de residencia)
- 2 En la casa de otra persona
- 3 En un restaurante o sala de banquetes
- 4 En un bar o un club
- 5 En un lugar público, como un parque, un concierto o un evento deportivo

**No lea:**

- 6 Otro
- 7 No sabe / no está seguro
- 9 Rehusa Contestar

**BINGE2** Durante la ocasion mas reciente, donde compro la mayor parte de alcohol que consumion?

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En una tienda de abarrotes o de conveniencia
- 2 En un restaurante
- 3 En un salon de banquetes
- 4 De un bar
- 5 En un club
- 6 En una tienda de licores del Estado
- 7 De una agencia de paqueteria de Alcohol
- 8 De una feria, festival, concierto o evento deportivo
- 9 De otro estado

**Do not read:**

- 66 Otro
- 77 No sabe
- 99 Rehusa contestar

## Prevalencia de Pre-Hipertension

**Ask on questionnaires 12, 13, 22, and 23.**

CATI: Ask if respondent answered 2,3,7, or 9 to C05Q01. If respondent answered 1 or 4 to C05Q01 skip to next section.

**PREHYP** ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que en el limite de tener presión arterial alta o pre-hipertensión?

- 1 Sí
- 2 Sí, pero es mujer y le dijeron que sólo durante el embarazo
- 3 No
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Rehusa contestar

## Preguntas de Salud Mental (PHQ-9)

**Ask on questionnaires 12, 13, 22, 23 of all respondents.**

**PHQ1** Ahora, voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de ánimo. Al responder a estas preguntas, por favor piense en cuántos días cada uno de los siguientes ha ocurrido en las últimas 2 semanas

En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?

\_\_ 01-14 días  
8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro  
9 9 Rehusa Contestar

**PHQ2** En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza?

\_\_ 01-14 días  
8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro  
9 9 Rehusa Contestar

**PHQ3** En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para conciliar el sueño o para permanecer dormido o dormir demasiado?

\_\_ 01-14 días  
8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro  
9 9 Rehusa contestar

**PHQ4** En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido cansado o con poca energía?

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Rehusa contestar

**PHQ5** En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido poco apetito o comió demasiado?

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Rehusa contestar

**PHQ6** En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió mal consigo mismo o se sintió fracasado o que había defraudado a usted mismo o su familia?

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Rehusa Contestar

**PHQ7** En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión?

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega

**PHQ8** En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha movido o hablado tan despacio que otras personas podrían haber notado? O todo lo contrario – se sintió tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal?

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega

**PHQ9** (En las últimas 2 semanas), ¿cuántas veces ha tenido pensamientos de que sería mejor estar muerto o de querer hacerse daño de alguna manera?

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega

Sabemos que este tema puede hacer recordar experiencias que algunas personas desean hablar. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con un consejero capacitado, hay un número gratuito de la Línea Nacional de Crisis que puede llamar. El número es 1-800-784-2433.

## Tabaco

**Ask on questionnaires 11 and 21.**

*If (1 or 2) “everyday” or “some days” to core 9.2, continue.  
Otherwise, go to STSMK3.*

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

\_\_\_ =Number of cigarettes

Numero de cigarillos

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
99 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...

ENTREVISTADOR: PAUSE ENTRE CADA CATEGORIA DE RESPUESTA PARA PERMITIR LOS ENCUESTADOS A RESPONDER “SI” O “NO” A CADA CATEGORIA. INGRESE EL CODIGO DE RESPUESTA PARA EL PRIMER “SI” Y LUEGO CONTINUAR A LA SIGUIENTE PREGUNTA.

- 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  
No tengo planes de dejar de fumar

NO LEER

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 REHÚSA CONTESTAR

*[All Respondents]*

**STSMK3** ¿Alguna vez a probado cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos?

Yes

- 1 Si (**Go to STSMK5**)
- 2 NO
- DO NOT READ
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

**STSMK4** ¿En la actualidad usa cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos todos los días, algunos días, o nunca?

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

*If (1 or 2) "everyday" or "some days" to core 9.2, continue, OR if Core 9.4<04 continue to STSMK5. Otherwise, go to STSMK9.*

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

**STSMK5** 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 Si
- 2 No **(Go to Q9)**

NO LEER

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

**STSMK6** 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

NO LEER

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK7** ¿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? (Well BYOU trin/ZEYE ban/byou PRO pee on)?

- 1 Sí
- 2 No

NO LEER

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK8** 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

NO LEER

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

[All respondents]

**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

NO LEER

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

[All respondents]

**STSMK10** En la actualidad vive en....

- 1 Casa familiar
- 2 Apartamento, condominio, o townhome en el que comparte una o mas paredes con otra unidad.
- 0
- 3 Una residencia estudiantil, apartamento en el campus, casa de fraternidad / sororidad o vivienda de profesores visitantes
- 7 No sabe/no esta seguro
- 9 Rehusa contestar

[All respondents]

**STSMK11** ¿En cuántos de los últimos 7 días, ¿holio humo de tabaco del cigarrillo, puro o pipa de otra persona que llego hasta su casa de los departamentos cercanos o de afuera?

- \_\_ Número de días (límite de 1-7)
- 55 yo no estaba en casa en los últimos 7 días
- 88 Ninguna

- 77 No sabe / no está seguro
- 99 Rehusa contestar

[All respondents]

**STSMK12** En los últimos 30 días, alguien, incluyéndose a usted, a fumado, puros, cigarrillos, o pipas dentro de su casa?

- 1 Sí
- 2 No

NO LEER

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

[All respondents]

**STSMK13** 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)  
8 8 NINGUNO

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

## Mammogram

*Ask on Questionnaire 11 and 21 only, of women age 40 or older.*

**HADMAM** 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 Si [Go to HOWLONG]  
2 No [Go to next section]  
7 No sabe/No esta seguro [Go to next section]

**HOWLONG** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

**Léale 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 Hace 5 años o más?

**No le lea:**

7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA  
9 SE REHUSA CONTESTAR

## Detección del cáncer colorrectal

*Ask on questionnaires 12, 13, 22, 23. Ask only those aged 50+.*

**BLDSTOOL** Una prueba de sangre en las heces es una prueba que puede utilizar un equipo especial en casa para determinar si las heces contienen sangre. ¿Alguna vez has hecho esta prueba con un equipo casero?

1 Si [Go to HADPE]  
2 No [Go to HADPE]  
7 No sabe/no estaseguro [Go to HADPE]  
9 Se rehusa contestar [Go to HADPE]

**LSTBLDS3** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un equipo de uso casero?

**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 3 años (hace 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

**No le lea:**

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

**HADPE**

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 le han hecho alguno de estos exámenes?

- 1 Si **[Go to HADSGCO1]**
- 2 No **[Go to STCC1]**
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO **[Go to next section]**
- 9 SE REHUSA CONTESTAR **[Go to next section]**

**STCC1** ¿Cual es la razón principal por la cual usted nunca se ha hecho una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

**(Interviewer: Do not read. Mark only ONE)**

- 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 tenido cáncer
- 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 Temor de saber lo que podrían 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/No quiero prepararme
- 15 Ningún doctor regular/No voy al doctor/No se que medico ver
- 16 Otras preocupaciones de salud/co-morbilidad
- 17 Riesgo de infeccion
- 18 Tengo una cita programada para el futuro
- 66 OTRO (write in) *[Programming note: add a screen for writing in response.]*
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR

**[Those who answer STCC2 go to next section.]**

**HADSGCO1**

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 al examen acompañado de alguien que pueda llevarlo a la casa después del procedimiento. ¿EL EXAMEN MÁS RECIENTE que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

- 1 Sigmoidoscopia
- 2 Colonoscopia
- 3 Algo diferente **[Go to next section]**
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
**[Go to next section]**
- 9 SE REHUSA CONTESTAR **[Go to next section]**

**LASTSIG3** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia??

**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 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)
- 6 Hace 10 años o más

**No le lea:**

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

## Control de la Hipertension

*Ask on questionnaires 12, 13, 22, 23.*

**CATI Note: If Core Q5.1 = 1 (Yes); continue. Otherwise, go to next module.**

**HBP1** Anteriormente usted dijo que le habían dicho que tiene presión arterial alta. ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico para tratar la presión arterial alta?

- 1 Sí
- 2 No se
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**HBP2** ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tiene la presión arterial alta o hipertensión?

- \_\_ Edad en años (97 = 97 años de edad o mayores)
- 98 No sabe / no está seguro
- 99 Rehusa contestar

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

**HBP3** ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**HBP4** ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

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

**HBP5** ¿(Está) haciendo ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa 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?

**HBP6** ¿(Le han recomendado alguna vez) cambiar sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**HBP7** ¿(Le han recomendado alguna vez) reducir el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

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

**HBP8** ¿(Le han recomendado alguna vez) practicar ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**HBP9** ¿(Le han recomendado alguna vez) tomar medicamentos (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

## Control del Colesterol

*Ask on questionnaires 12, 13, 22, 23.*

*If C06Q03=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

## Prevalencia de Parkinsons

*Ask on questionnaires 12 and 22 of respondents age 45 and older only.*

**PARKINS** Le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que usted tenía la enfermedad de Parkinsons?

- 1 Sí
- 2 No se
- 7 No sabe / no está seguro
- 9 Rehusa contestar

## Detector de monóxido de carbono

*Ask on all questionnaires.*

**CODET** ¿Tiene al menos un detector de monóxido de carbono (CO) en su casa/ residencia actual?

- 1 Sí
- 2 No

NO LEER  
7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO  
9 SE NIEGA A CONTESTAR

## Preguntas de Radon

*Ask on questionnaires 12, 13, 22, 23.*

**RADON1** ¿Alguna vez ha tenido su casa la prueba del gas radón?

**Nota para el entrevistador:** Una prueba de radón se realiza utilizando un kit que usted compra en una ferretería y pone en un lugar en su casa durante 3 días. Después, se envía a un laboratorio para ser analizado.

- 1 Sí
- 2 No [**skip to RADON3**]
- 3 Nunca he oído hablar de radón [**skip to RADON4**]
- 4 No hogar propio / alquiler [**skip to RADON4**]
  
- 7 No sabe / No está seguro [**skip to RADON4**]
- 9 Se rehusa [**skip to RADON4**]

**RADON2** La prueba de radón que hizo, muestran un alto nivel?

**Nota para el entrevistador:** Un alto nivel se define como igual o superior al valor máximo recomendado de 4 picocuries por litro?

- 1 Sí [**skip to RADON4**]
- 2 No [**skip to RADON4**]
- 7 No sabe / No está seguro [**skip to RADON4**]
- 9 Se rehusa [**skip to RADON4**]

**RADON3** ¿Cuál es la razón más importante por la que usted no ha tenido la prueba de gas radón en su casa ?

**No lea. Marque sólo una.**

- 01 No sé qué es radón
- 02 No sé dónde conseguir las pruebas
- 03 No se recomienda
- 04 Costo
- 05 No en riesgo /no necesaria
- 06 Casa fue probado por el propietario anterior
- 07 No he pensado en ello
- 08 demasiados problemas con la casa
- 09 Casa es nueva
- 10 Casa es vieja
- 11 No sé cómo se hacen las pruebas / cómo funciona prueba
- 12 Prueba no funciona
- 13 No quiero saber
- 14 Demasiado perezoso
- 15 No hay tiempo
- 16 Planeo hacerlo pronto

66 Otros

77 No sabe / no está seguro  
99 Rehusa Contestar

**RADON4** ¿Qué condición de salud se asocia más con el gas radón?  
Diría usted que ...

01 Asma  
02 Enfermedades del corazón  
03 Cáncer de pulmón  
04 Cáncer de Mama  
05 Enfisema  
06 Derrame Cerebral  
07 alguna otra condición, o  
08 no está asociado con ninguna condición de salud

No lea:  
77 No sabe / No está seguro  
99 Rechazó

## Experiencias adversas en la niñez

Ask on questionnaires 12, 13, 22, 23.

Quisiera preguntarle sobre algunos episodios que sucedieron en su niñez. Esta información nos permitirá comprender mejor los problemas que pueden ocurrir en etapas tempranas de la vida y en un futuro poder ayudar a otras personas. Es un tema delicado y algunas personas se sienten incómodas con estas preguntas. Al finalizar esta sección le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos relacionados con estos temas. Por favor, recuerde que me puede pedir que salte las preguntas que no desee responder.

Todas las preguntas se refieren a antes de que usted cumpliera 18 años de edad. Ahora, recuerde la época anterior a que cumpliera los 18 años:

**ACE1** ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas?

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Rehusa contestar

**ACE2** ¿Vivió con alguien que tenía problemas con la bebida o que era alcohólico?

1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Rehusa contestar

**ACE3** ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas adquiridas en la calle o que abusaba de medicamentos recetados?

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

**ACE4** ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a cárcel, prisión o a algún otro centro correccional?

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

**ACE5** ¿Sus padres estaban separados o divorciados?

- 1 Sí
- 2 No
- 8 Los padres no estaban casados
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**ACE6** ¿Con qué frecuencia sus padres u otros adultos en la casa se dieron bofetadas, patadas, puñetazos o golpes?

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**ACE7** Antes de que usted cumpliera 18 años, ¿con qué frecuencia un adulto en su hogar le pegó, golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna otra forma? No incluya las nalgadas. Diría usted que...

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**ACE8** ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto le dijo groserías, le insultó o le humilló?

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**ACE9** ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto le tocó sexualmente?

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

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

**ACE10** ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto intentó que usted le tocara sexualmente?

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

**ACE11** ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto le forzó a tener relaciones sexuales?

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

Como le mencioné cuando comenzamos esta sección, le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos con relación a estos temas. Usted puede marcar al 1-800-422-4453 para mas informacion o remitirlo a otros recursos.

## Intimate Partner Violence

**Ask on questionnaires 13 and 23.**

**IPVintro** Las siguientes preguntas son acerca de distintos tipos de violencia en relaciones con una persona con quien tenía una relación íntima. Al decir “persona con quien tenía una relación íntima” me refiero a cónyuge o novio/a, ya sea actual o pasado. Alguien con quien estaba saliendo o tenía una relación romántica o sexual con usted también se considera “persona con quien tenía una relación íntima”. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia en las relaciones. Este es un tema muy delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Luego de finalizar esta sección le daré los números telefónicos de las organizaciones que pueden proporcionarle información y otros recursos relativos a estos temas. Por favor recuerde que si no está en un sitio seguro, puede pedirme que no le formule cualquier pregunta que no desee contestar.

**¿Está en un sitio seguro para contestar estas preguntas?**

- 1 Sí
- 2 No **[Go to closing statement]**

**I IPV1** ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ le pegó, empujó, pateó o hirió de algún otro modo?

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

**IPV2**

**CATI Notel: If respondent has asthma, go to asthma call-back permission script. If respondent is female, age 18-44, go to Reproductive Health Call-back permission script. Everyone else goes to State Follow-up script.**



## Asma-Guion de Permiso para Llamar

**AFU1** Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de su experiencia con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en Utah.

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?

(534)

- 1 Si
- 2 No

**AFU2** 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

### Asthma Call-Back Selection

¿Qué persona en el hogar fue seleccionado para volver a llamar para el cuestionario de seguimiento de asma? (535)

- 1 Adult
- 2 Child

Me puede proporcionar el nombre de su hijo(a) o iniciales, para que podamos hablar de la historia de asma de su hijo(a)?

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

## Salud Reproductiva-Guion de Permiso para Llamar

**RHFU1** Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de las experiencias de (usted/su conyugue) con salud materna y reproductiva. La información se utiliza para ayudar a desarrollar y mejorar los programas de salud materna y reproductiva en <STATE>. 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 acerca de la salud maternal y reproductiva?"

- |   |    |       |
|---|----|-------|
| 1 | Si | (536) |
| 2 | No |       |

**RHFU2** ¿Puedo por favor tener ya sea su nombre o sus iniciales para que sepamos por quién preguntar cuando llamemos de vuelta?

\_\_\_\_\_ Introducir el nombre o iniciales

## State Follow-up Question

**STFU1** 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.

Type in respondent's first name only.

\_\_\_\_\_

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

## Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 13: 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 Vóleibol
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>	71 cuidado de los niño
2 9 <i>Lacrosse</i>	7 2 Trabajo de granja o rancho ( cuidado de los animals, apilar paja)
3 0 Escalar montañas	7 3 Actividades del hogar (aspirer, sacudir polvo, reparaciones del hogar)
3 1 Cortar el césped con máquina	7 4 Karate/Artes Marciales
3 2 <i>Paddleball</i> (tenis de playa)	7 5 Ejercicio de parte superior del cuerpo (deportes en silla de ruedas)
3 3 Pintar la casa o colocar papel tapiz	7 6 Trabajo de jardín (cortar/recoger leña, cortar setos)
3 4 Pilates	97 No sabe
3 5 <i>Racquetball</i>	98 Otro_____
3 6 Rastrillar las hojas del jardín	99 Rehusa Contestar
3 7 Correr	
3 8 Escalar rocas	
3 9 Saltar la cuerda	
4 0 Remar con máquina de ejercicio	