



2015

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

29 de diciembre de 2014

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento

Cuestionario del 2015

Índice

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento	2
Índice	2
Secciones básicas	8
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 atención médica.....	9
Sección 4: Conocimiento de su hipertensión (presión arterial alta)	10
Sección 5: Conocimiento de su colesterol.....	11
Sección 6: Afecciones crónicas	12
Sección 7: Información demográfica.....	15
Sección 8: Consumo de tabaco.....	26
Sección 9: Consumo de alcohol.....	28
Sección 10: Frutas y verduras.....	29
Sección 11: Ejercicio (Actividad física).....	33
Sección 12: Carga de la artritis.....	34
Sección 13: Uso del cinturón de seguridad	36
Sección 14: Vacunación	37
Sección 15: VIH/sida.....	38
Módulos opcionales	40
Módulo 1: Prediabetes	Error! Bookmark not defined.
Módulo 2: Diabetes	40
Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas)	Error! Bookmark not defined.
Módulo 4: Cuidador	43
Módulo 5: Deterioro de la vista y acceso al cuidado médico de los ojos.....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 6: Deterioro cognitivo	46
Módulo 7: Conductas relacionadas con la sal o el sodio.....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 8: Antecedentes de asma en adultos.....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 9: Salud cardiovascular	Error! Bookmark not defined.
Módulo 10: Control de la artritis	48
Módulo 11: Tétanos y difteria (Tdap) (adultos)	Error! Bookmark not defined.
Módulo 12: Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para adultos.....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 13: Culebrilla (Zostavax o ZOS).....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 14: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino	Error! Bookmark not defined.
Módulo 15: Examen clínico de mamas para detectar el cáncer de mama	Error! Bookmark not defined.
Módulo 16: Pruebas de detección del cáncer colorrectal	Error! Bookmark not defined.
Módulo 17: Pruebas de detección del cáncer de próstata	Error! Bookmark not defined.
Módulo 18: Decisión para hacerse la prueba de detección del cáncer de próstata	Error! Bookmark not defined.
Módulo 19: Sector laboral y ocupación.....	49

Módulo 20: Contexto social	50
Módulo 21: Orientación e identidad sexual.....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 22: Selección aleatoria de niños.....	52
Módulo 23: Prevalencia del asma infantil	55
Módulo 24: Apoyo emocional y satisfacción con la vida.....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 25: Ansiedad y depresión.....	Error! Bookmark not defined.

Guion para el encuestador

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

¿Hablo con el (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. **PARE**

¿Estoy hablando a un domicilio particular?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: “Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento”.

Sí [Pase al estado donde reside]
No [Pase a residencia universitaria]

No, solo teléfono del trabajo

Si la respuesta es "No, solo teléfono del trabajo":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas por líneas telefónicas de domicilios particulares.

PARE

Residencia universitaria

¿Vive en una residencia universitaria?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: “Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad”.

Sí [Pase al estado donde reside]
No

Si la respuesta es "No":

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

Estado donde reside

¿Usted vive en ____ (estado) ____?

Sí
No

[Pase a pregunta para teléfonos celulares]

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en el estado de _____. **PARE**

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).

Lea lo siguiente solo si es necesario: "Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil que pueda usarse fuera de su vecindario".

Si la respuesta es "Sí":

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

No

NOTA DE CATI: SI (residencia universitaria = Sí) continúe; de lo contrario pase a selección aleatoria de adulto

Adulto

¿Tiene usted 18 años o más?

1 **Sí, encuestado es hombre**
2 **Sí, encuestado es mujer**
3 **No**

[Pase a la página 6]

[Pase a la página 6]

Si la respuesta es "No":

Muchísimas gracias, pero en este momento solo estamos entrevistando a personas de 18 años o más. **PARE**

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, incluido usted, tienen 18 años o más?

___ Cantidad de adultos

Si la respuesta es "1":

¿Es usted el adulto?

Si la respuesta es "Sí":

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer (pregunte el sexo, de ser necesario). **Pase a la página 6.**

Si la respuesta 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 dada a la pregunta anterior]? **Pase a "persona que corresponde encuestar" en la próxima 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 7.



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 ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta; me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

Secciones básicas

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que contestarla. 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...? (90)

Por favor 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 Respecto a su salud física —que incluye enfermedades físicas y lesiones— en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena? (91-92)

- — Cantidad de días
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

2.2 Ahora piense en su salud mental —lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales—. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena? (93-94)

- – Cantidad de días
- 8 8 Ninguno [Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ninguno), pase a la siguiente sección]
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 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? (95-96)

- – Cantidad de días
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

Sección 3: Acceso a atención médica

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? (97)

- 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 de cabecera o proveedor de atención médica personal? (98)

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

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

3.3 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico, pero no pudo hacerlo por razones económicas? (99)

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

3.4 ¿Aproximadamente, cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza por una lesión, enfermedad o afección específica. (100)

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

Sección 4: Conocimiento de su hipertensión (presión arterial alta)

4.1 ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión arterial alta? (101)

Lea lo siguiente solo si es necesario: Por “otro profesional de la salud” nos referimos a una enfermera especializada, un auxiliar médico o algún otro profesional de la salud con licencia para ejercer.

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

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se le comunicó esto a la mujer solo durante su embarazo
[Pase a la siguiente sección]
- 3 No [Pase a la siguiente sección]
- 4 Se le dijo que tenía hipertensión arterial límite o que era prehipertenso
[Pase a la siguiente sección]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a la siguiente sección]
- 9 Se niega a contestar [Pase a la siguiente sección]

- 4.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta? (102)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Sección 5: Conocimiento de su colesterol

- 5.1 El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿ALGUNA VEZ le han hecho un análisis del colesterol en la sangre? (103)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
- [Pase a la siguiente sección]**
[Pase a la siguiente sección]
[Pase a la siguiente sección]

- 5.2 ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su último análisis de colesterol en la sangre? (104)
- Lea lo siguiente solo si es necesario:**
- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
 - 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
 - 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)
 - 4 Hace 5 años o más
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

- 5.3 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto? (105)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Sección 6: Afecciones crónicas

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre afecciones generales.

¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero 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”.

6.1 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio? (106)

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

6.2 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria? (107)

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

6.3 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un accidente cerebrovascular (embolia)? (108)

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

6.4 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma? (109)

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

6.5 ¿Usted todavía tiene asma? (110)

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

6.6 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía cáncer de piel? (111)

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

6.7 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía otro tipo de cáncer? (112)

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

6.8 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfisema o bronquitis crónica? (113)

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

6.9 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (114)

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El diagnóstico de la artritis incluye:

- 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 rotador
- enfermedad del tejido conjuntivo, esclerodermia, polimiositis, síndrome de Raynaud
- vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa)

- 6.10** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (115)
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

- 6.11** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía una enfermedad renal (de los riñones)? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga ni incontinencia). (116)
- NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incontinencia es no poder controlar el flujo de la orina.
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

- 6.12** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes? (117)

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 mujer 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 |

NOTA DE CATI: Si P6.12 = 1 (Sí), pase a la siguiente pregunta. Para las otras respuestas a P6.12, vaya al módulo opcional de prediabetes (si se aplica). De lo contrario, pase a la siguiente sección.

- 6.13** ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes? (118-119)
- | | |
|-----|---|
| -- | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |
| 9 8 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |

NOTA DE CATI: Pase al módulo opcional de diabetes (si se aplica). De lo contrario, pase a la siguiente sección.

Diabetes Gestacional

Ask of diabetic women on questionnaires 12/22.

CATI NOTE: Ask DMPREG if Q6.12 = 1 (Yes) and respondent is female. If any other response to Q6.12 go to next section.

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 | SE NIEGA A CONTESTAR |

Sección 7: Información demográfica

7.1 Indique el sexo de la persona encuestada. **Pregunte solo si es necesario.** (120)

- | | |
|---|--------|
| 1 | Hombre |
| 2 | Mujer |

7.2 ¿Qué edad tiene? (121-122)

- | | |
|-----|---------------------------|
| -- | Codifique la edad en años |
| 0 7 | No sabe/No está seguro |
| 0 9 | Se niega a contestar |

7.3 ¿Es usted latino o hispano o de origen español?

(123-126)

Si la respuesta es sí, pregunte: ¿Es usted...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: *Es posible seleccionar una o más categorías.*

- 1 Mexicano, méxicoamericano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 De otro origen latino o hispano o español

No le lea:

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

7.4 ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece?

(127-154)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Seleccione todas las que correspondan.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

Por favor léale:

10 Blanco

20 Negro o afroamericano

30 Indoamericano o nativo de Alaska

40 Asiático

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

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

NOTA DE CATI: Si hay más de una respuesta a la pregunta P7.4, continúe. De lo contrario, pase a P7.6.

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo del título principal.

(155-156)

- 10 Blanco**
- 20 Negra o afroamericana**
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska**

40 Asiático

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

7.6 ¿Es usted...?

(157)

Por favor 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 Se niega a contestar

7.7 ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha completado? (158)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder
- 2 1.º a 8.º grado (escuela primaria)
- 3 9.º a 11.º grado (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 Se niega a contestar

7.8 ¿Vive en casa propia o rentada? (159)

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Hacemos esta pregunta para comparar indicadores de salud entre personas con distintas situaciones de vivienda.

7.9 ¿En qué condado vive? (160-162)

_ _ _	Código ANSI del condado (anteriormente código FIPS del condado)
7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9	Se niega a contestar

7.10 ¿Cuál es el código postal de donde vive? (163-167)

_ _ _ _ _	Código postal
7 7 7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9 9 9	Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si es entrevista por teléfono celular, salte a P7.14 (QSTVER GE 20)

7.11 ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya teléfonos celulares ni teléfonos que solo se utilicen para una computadora o un fax. (168)

1	Sí	
2	No	[Pase a P7.13]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a P7.13]
9	Se niega a contestar	[Pase a P7.13]

7.12 ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares? (169)

_	Números de teléfono particulares [6 = 6 o más]
7	No sabe/No está seguro
9	Se niega a contestar

7.13 ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Incluya los celulares utilizados para uso personal y laboral. (170)

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

7.14 ¿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?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero SÍ incluye las actividades de movilización, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

(171)

- 1 Sí
- 2 No

No le lea:

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

7.15 ¿Es usted actualmente...?

(172)

Por favor léale:

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado por 1 año o más
- 4 Ha estado desempleado por menos de 1 año
- 5 La mujer o el hombre que se ocupa de las tareas de la casa
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

U

- 8 No puede trabajar

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

7.16 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted?

(173-174)

- Cantidad de niños
- 8 8 Ninguna
- 9 9 Se niega a contestar

7.17 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son: (175-176)

Si la persona encuestada no desea responder a NINGUNO de los diferentes niveles de ingresos, ingrese el código ‘99’ (Se niega a contestar)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 0 4 Menos de 25 000 dólares **Si la respuesta es “No”, pregunte 05; si es “Sí”, pregunte 03**
(entre 20 000 y menos de 25 000 dólares)
- 0 3 Menos de 20 000 dólares **Si la respuesta es “No”, codifique 04; Si es “Sí”, pregunte 02**
(entre 15 000 y menos de 20 000 dólares)
- 0 2 Menos de 15 000 dólares **Si la respuesta es “No”, codifique 03; Si es “Sí”, pregunte 01**
(entre 10 000 y menos de 15 000 dólares)
- 0 1 Menos de 10 000 dólares **Si la respuesta es “No”, codifique 02**
- 0 5 Menos de 35 000 dólares **Si la respuesta es “No”, pregunte 06**
(entre 25 000 y menos de 35 000 dólares)
- 0 6 Menos de 50 000 dólares **Si la respuesta es “No”, pregunte 07**
(entre 35 000 y menos de 50 000)
- 0 7 Menos de 75 000 dólares **Si la respuesta es “No”, codifique 08**
(entre 50 000 y menos de 75 000 dólares)
- 0 8 75 000 dólares o más

UTIncome *[Programming note: These response categories are incorporated into 7.17. We need to be able to report the 7.17 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

No le lea:

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

7.18 ¿Ha usado Internet en los últimos 30 días? (177)

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

7.19 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (178-181)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 178.

Redondee los decimales o las fracciones hacia arriba

 -- -- -- -- Peso
 (libras/kilogramos)
 7 7 7 7 No sabe/No está seguro
 9 9 9 9 Se niega a contestar

7.20 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (182-185)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 182.

Redondee los decimales o las fracciones hacia abajo

 -- / -- Estatura
 (pies/pulgadas/metros/centímetros)
 7 7 / 7 7 No sabe/No está seguro
 9 9 / 9 9 Se niega a contestar

Si la persona encuestada es hombre, pase a 7.22, si es mujer y tiene 45 años o más, pase a P7.22

7.21 Que usted sepa, ¿está embarazada? (186)

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. Homosexual o lesbiana

(DE SER NECESARIO: una persona que tiene sexo con y/o es atraída principalmente a la gente del mismo sexo.)

B. Heterosexual

(DE SER NECESARIO: una persona que tiene sexo con y/o es atraída principalmente a la gente del sexo opuesto.)

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.

Do not read

4 ALGO DIFERENTE/OTRO

7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA CONTESTAR

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

7.22 ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (187)

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

7.23 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que lo obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (188)

NOTA: Incluya el uso ocasional o en ciertas circunstancias.

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

7.24 ¿Es ciego o tiene demasiada dificultad para ver, aun cuando usa lentes? (189)

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

7.25 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene problemas graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

(190)

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

7.26 ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir las escaleras?

(191)

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

7.27 ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

(192)

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

7.28 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer trámites solo, como ir al médico o de compras?

(193)

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

Sección 8: Consumo de tabaco

8.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

(194)

NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P8.5]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P8.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P8.5]**

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “En cigarrillos, no incluya cigarrillos electrónicos (e-cigarettes, NJOY, Bluetip), cigarrillos herbarios, cigarros, puros, puritos, pipas, bidis, kreteks, pipas de agua (narguiles) ni marihuana”.

8.2 ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada? (195)

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | Algunos días | |
| 3 | No fuma para nada | [Pase a P8.4] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P8.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P8.5] |

8.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (196)

- | | | |
|---|------------------------|----------------------|
| 1 | Sí | [Pase a QUIT30 P8.5] |
| 2 | No | [Pase a P8.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P8.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P8.5] |

QUIT30 En los últimos 30 días, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

- | | | |
|---|------------------------|---------------------|
| 1 | Si | [Go to Q9.5 QUIT30] |
| 2 | No | [Go to Q8.5] |
| 7 | No sabe/No esta seguro | [Go to Q8.5] |
| 9 | Se niega contestar | [Go to Q8.5] |

Q9.5

8.4 ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)? (197-198)

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

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

Snus

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

(199)

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

No le lea:

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

Sección 9: Consumo de alcohol

9.1 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? (200-202)

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

9.2 Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una medida de licor. En los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó en promedio? (203-204)

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 niega a contestar

9.3 Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión **X** tragos o más [**X = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres (CATI)**]? (205-206)

- Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

9.4 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión? (207-208)

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

Sección 10: 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 cocidas, frescas, congeladas y enlatadas. Piense en todas las comidas, refrigerios y alimentos que consumió en la casa y afuera de la casa.

Dígame con qué frecuencia **usted** comió o bebió cada uno de los siguientes alimentos, por ejemplo, una vez al día, dos veces a la semana, tres veces al mes, etcétera.

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

10.1 Durante el mes pasado, ¿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 hecho en casa endulzado con azúcar. Solo incluya el jugo que sea al 100%. (209-211)

- 1 -- Por día
- 2 -- Por semana
- 3 -- Por mes
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

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

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

No incluya los jugos de verduras, como jugo de tomate y jugo V8, si el encuestado los menciona, pero anótelos en la pregunta 10,6 sobre “otras verduras”.

INCLUYA jugos 100 % puros, como jugo de naranja, mango, papaya, piña, manzana, uva (roja o blanca) o toronja (pomelo). Solo incluya el jugo de *cranberry* (arándanos agrios) 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).

- 10.2** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió fruta, sin contar los jugos? Incluya la fruta fresca, congelada o enlatada. (212-214)
- | | |
|-------|------------------------|
| 1 __ | Por día |
| 2 __ | Por semana |
| 3 __ | Por mes |
| 5 5 5 | Nunca |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar |

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Está bien si dice un número aproximado. Incluya manzanas, bananos, salsa de manzana, naranjas, toronja (pomelo), ensalada de frutas, sandía, melón, papaya, lichis, carambolo, granada, mango, uvas y arándanos como moras o *blueberries* y fresas”.

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

No incluya la fruta seca en los cereales listos para servir.

Anote uvas pasas y arándanos secos si el encuestado los 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.)

- 10.3** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió legumbres cocidas o enlatadas como frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles negros, garbanzos, sopa de frijoles, semillas de soya, edamame, tofu o lentejas? **NO** incluya las habichuelas (judías) verdes. (215-217)

- | | |
|-------|------------------------|
| 1 __ | Por día |
| 2 __ | Por semana |
| 3 __ | Por mes |
| 5 5 5 | Nunca |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar |

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Incluya otras legumbres redondas u ovales o guisantes (arvejas) como alubias, frijoles pintos, guisantes partidos, guisantes pintos, *hummus* (pasta de garbanzos), lentejas, semillas de soya y tofu. **NO incluya las habichuelas verdes ni sus variedades, como judías verdes, ejotes, habas o habichuelas verdes de enrame”.**

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 y hamburguesas vegetarianas.

Incluya falafel y tempeh.

10.4 Durante el mes pasado, ¿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?
(218-220)

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

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

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

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

10.5 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras de color naranja como batatas (camotes), calabazas, calabacines o zanahorias?
(221-223)

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

Léale solo si es necesario: “La calabaza (winter squash) tiene corteza gruesa y dura y su carne es de color entre amarillo fuerte y naranja. Incluyen boneteras, ranúnculos y calabaza espagueti (acorn, buttercup y spaghetti squash)”.

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

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

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

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

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

10.6 Sin contar las verduras que ya me dijo, durante el pasado 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, lechuga, col y papas blancas que no estén fritas, como papas al horno o en puré.

(224-226)

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

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incluya maíz, guisantes, tomates, *okra*, betabel, coliflor, germinados de alfalfa, aguacates (palta), 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).

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

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

No incluya el arroz ni otros granos.

No incluya productos consumidos habitualmente como salsas condimentadas como salsa de tomate (cátsup), salsa mexicana, conserva agridulce y salsa relish.

Sección 11: Ejercicio (Actividad física)

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

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

11.1 Durante el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o labores de jardinería? (227)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P11.8] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P11.8] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P11.8] |

11.2. ¿A qué tipo de actividad o ejercicio dedicó más tiempo durante el mes pasado? (228-229)

- | | | |
|----|------------------------|--|
| -- | (Especifique) | [Vea la lista de códigos para la actividad física] |
| 77 | No sabe/No está seguro | [Pase a P11.8] |
| 99 | Se niega a contestar | [Pase a P11.8] |

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción “Otra”.

11.3 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado? (230-232)

- | | |
|-----|------------------------|
| 1__ | Veces por semana |
| 2__ | Veces por mes |
| 777 | No sabe/No está seguro |
| 999 | Se niega a contestar |

11.4 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente? (233-235)

- | | |
|------|------------------------|
| _:__ | Horas y minutos |
| 777 | No sabe/No está seguro |
| 999 | Se niega a contestar |

11.5 ¿Qué otro tipo de actividad física realizó en segundo lugar durante el pasado mes? (236-237)

- | | | |
|-----|------------------------|--|
| __ | (Especifique) | [Vea la lista de codificación para la actividad física] |
| 8 8 | Ninguna otra actividad | [Pase a P11.8] |
| 7 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P11.8] |
| 9 9 | Se niega a contestar | [Pase a P11.8] |

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción “Otra”.

11.6 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado? (238-240)

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

11.7 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente? (241-243)

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

11.8 Durante el mes pasado, ¿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, pesas o bandas elásticas. (244-246)

- | | |
|-------|------------------------|
| 1__ | Veces por semana |
| 2__ | Veces por mes |
| 8 8 8 | Nunca |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar |

Sección 12: Carga de la artritis

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

Ahora le voy a hacer preguntas sobre la artritis.

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

12.1 ¿Actualmente tiene alguna limitación para realizar alguna de sus actividades habituales a causa de los síntomas de artritis o en las articulaciones? (247)

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

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

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

12.2 En la pregunta siguiente, nos referimos a un trabajo remunerado. ¿Los síntomas de artritis o en las articulaciones afectan si trabaja o no, o el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace? (248)

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada responde a cada una de esas preguntas (si el encuestado trabaja o no, tipo de trabajo y cantidad de trabajo) y alguna de las respuestas es "Sí", marque toda la respuesta con "Sí".

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

12.3 En los últimos 30 días, ¿en qué medida los síntomas de artritis o en las articulaciones han afectado sus actividades sociales normales, como ir de compras, al cine o a reuniones religiosas o sociales? (249)

Por favor léale [1-3]:

- 1 Mucho
- 2 Un poco
- 3 Para nada

No le lea:

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

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

12.4 Por favor, piense en los últimos 30 días, intentando recordar todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si tomó o no medicamentos. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿qué tan intenso fue EN PROMEDIO su dolor en las articulaciones? *Por favor responda en una escala de 0 a 10, donde 0 es ningún dolor ni molestia y 10 es el peor dolor posible.* (250-251)

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

Sección 13: Uso del cinturón de seguridad

13.1 ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un automóvil? Diría usted que... (252)

Por favor léale:

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

No le lea:

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

Sección 14: Vacunación

Ahora, le haré preguntas sobre la vacuna contra la influenza o gripe. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza: una es mediante una inyección en el brazo, y la otra es mediante un aerosol o atomizador nasal llamado FluMist™.

- 14.1** En los últimos 12 meses, ¿le pusieron una vacuna inyectable contra la influenza o una vacuna en atomizador en la nariz contra la influenza? (253)

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:

En el 2011 salió una nueva vacuna contra la influenza que se inyecta en la piel con una aguja muy pequeña. Se llama vacuna Fluzone Intradérmica. Esta también se considera una vacuna inyectable contra la influenza.

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

- 14.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea inyectada en el brazo o en atomizador nasal? (254-259)

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

- 14.3** ¿En qué tipo de establecimiento recibió la última vez la vacuna contra la influenza? (260-261)

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:

- | | |
|-----|--|
| 0 1 | Un consultorio médico o clínica de una organización de atención médica administrada (HMO) |
| 0 2 | Un departamento de salud |
| 0 3 | Otro tipo de clínica o centro de salud (como un centro comunitario de salud) |
| 0 4 | Un centro para personas de edad avanzada, de recreación o comunitario |
| 0 5 | Un negocio (por ejemplo, un supermercado, una farmacia) |
| 0 6 | Un hospital (por ejemplo, donde se internan pacientes) |
| 0 7 | Una sala de emergencias |
| 0 8 | En su trabajo |
| 0 9 | Otro tipo de lugar |
| 1 0 | Recibió la vacuna en México o Canadá (Voluntario: No le lea) |
| 1 1 | En una escuela |
| 7 7 | No sabe/No está seguro (Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde usted se puso la vacuna más reciente contra la influenza estacional?”). |

No le lea:

- | | |
|-----|----------------------|
| 9 9 | Se niega a contestar |
|-----|----------------------|

- 14.4** Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es distinta a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía? (262)
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 15: VIH/sida

Las siguientes preguntas 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 necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

- 15.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de secreciones bucales. (263)
- | | | |
|---|------------------------|---|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase al módulo opcional de transición] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase al módulo opcional de transición] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase al módulo opcional de transición] |

- 15.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (264-269)

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

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

15.3 ¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH? ¿En el consultorio de un médico particular, en el consultorio de una HMO, en un centro de consejería y pruebas del VIH, una sala de emergencias, durante una hospitalización en un hospital, en una clínica, una cárcel o prisión, en un centro de rehabilitación contra las drogas, en la casa o en algún otro sitio?

(270-271)

- 0 1 Consultorio de un médico particular o de una HMO
- 0 2 Centro de consejería y pruebas del VIH
- 0 9 Sala de emergencias
- 0 3 Hospital (hospitalizado)
- 0 4 Clínica
- 0 5 Cárcel o prisión (u otro centro correccional)
- 0 6 Centro de rehabilitación contra las drogas
- 0 7 Casa
- 0 8 En algún otro sitio
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

Párrafo de despedida o transición a módulos y preguntas complementarias de los estados

Párrafo de cierre

Por favor léale:

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

O

Transición a módulos y a preguntas complementarias hechas por los estados

Por favor léale:

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

Módulos opcionales

Módulo 2: Diabetes

NOTA: Haga las siguientes preguntas después de la pregunta básica P6.13; si la respuesta es "Sí" (código = 1) y si la respuesta a P6.12 es "Sí" (código = 1).

1. ¿Está usando insulina? (289)

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Se niega a contestar

2. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces que se la controló un familiar o un amigo, pero NO cuando la controló un profesional de la salud. (290-292)

Nota para el encuestador: Si la persona encuestada utiliza un sistema de control continuo de la glucosa (un sensor insertado bajo la piel para controlar los niveles de glucosa de manera continua), ingrese '98 veces al día'.

- 1 _ _ Veces al día
- 2 _ _ Veces a la semana
- 3 _ _ Veces al mes
- 4 _ _ Veces al año
- 8 8 8 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

3. ¿Con qué frecuencia se revisa los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada? Incluya las veces que se los revisó un familiar o un amigo, pero NO cuando los controló un profesional de la salud. (293-295)

- 1 _ _ Veces al día
- 2 _ _ Veces a la semana
- 3 _ _ Veces al mes
- 4 _ _ Veces al año
- 5 5 5 No tiene pies
- 8 8 8 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

4. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (296-297)

- - Cantidad de veces [76 = 76 o más]
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

5. La prueba “A1C” mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba “A1C”?
- (298-299)

- - Cantidad de veces [76 = 76 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba “A1C”
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si P3 = 555 (no tiene pies), pase a P7.

AONEC Su prueba de “A uno C” mas reciente fue mayor que 9 porciento?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No se, pero el medico me dijo que estaba bien
- 4 Nose, pero el medico dijo que era alto/muy alto
- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha revisado los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada?
- (300-301)

- - Cantidad de veces [76 = 76 o más]
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

7. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto habría ocasionado que le molestara la luz brillante por unas horas.
- (302)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

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

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro

- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

8. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que tenía retinopatía?

(303)

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

9. ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar la diabetes por sí mismo?

(304)

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

Módulo 4: Cuidador

Hay personas que proporcionan en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad.

1. En los últimos 30 días, ¿proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?

(313)

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Si la persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días, diga "lamento su pérdida", e ingrese el código 8.

1. Sí
2. No

[Pase a la Pregunta 9]

7 No sabe/No está seguro

[Pase a la Pregunta 9]

8 La persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días [Pase al siguiente módulo]

9 Se niega a contestar

[Pase a la Pregunta 9]

2. ¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida? Por ejemplo, ¿es su (madre/hija o padre/hijo)?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se trata de más de una persona, diga lo siguiente: "Mencione la persona a la que le proporciona más cuidado".

(314-315)

[NO LE LEA, INGRESE EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA CON LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS]

- | | |
|----|------------------------------|
| 01 | Madre |
| 02 | Padre |
| 03 | Suegra |
| 04 | Suegro |
| 05 | Hijo o hija |
| 06 | Marido |
| 07 | Mujer |
| 08 | Pareja del mismo sexo |
| 09 | Hermano o cuñado |
| 10 | Hermana o cuñada |
| 11 | Abuela |
| 12 | Abuelo |
| 13 | Nieto o nieta |
| 14 | Otro pariente |
| 15 | Amigo de familia/No pariente |

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

3. ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a esa persona? Diría usted que... (316)

- 1 Menos de 30 días
- 2 Entre 1 mes a menos de 6 meses
- 3 Entre 6 meses a menos de 2 años
- 4 Entre 2 años a menos de 5 años
- 5 Hace más de 5 años

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

4. En una semana promedio, ¿cuántas horas proporciona usted cuidado o ayuda? Diría usted que... (317)

- 1 Hasta 8 horas por semana
- 2 De 9 a 19 horas por semana
- 3 De 20 a 39 horas por semana
- 4 40 horas o más

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

5. ¿Cuál es el principal problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene la persona a la que cuida? (318-319)

DE SER NECESARIO: Dígame, ¿cuál de las siguientes afecciones cree que es el *mayor* problema?

[NO LE LEA: REGISTRE UNA RESPUESTA]

- 1 Artritis/Reumatismo
- 2 Asma
- 3 Cáncer
- 4 Afecciones respiratorias crónicas como enfisema o epoc
- 5 Demencia u otros trastornos por deterioro cognitivo
- 6 Discapacidades del desarrollo como autismo, síndrome de Down y espina bífida
- 7 Diabetes
- 8 Enfermedad cardíaca, presión arterial alta
- 9 Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- 10 Enfermedad mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia
- 11 Otra enfermedad o insuficiencia en un órgano como problemas de riñón o hígado
- 12 Trastornos de la adicción o abuso de sustancias
- 13 Otra

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

6. En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al... (320)

...manejar su cuidado personal como administrarle medicamentos, ayudar con la alimentación, ayudarla a vestirse o bañarse?

- 1 Sí
- 2 No

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

7. En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al... (321)

...manejar tareas del hogar como limpiar, manejar dinero o preparar comidas?

- 1 Sí
- 2 No

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

8. ¿Cuál de los siguientes servicios de apoyo necesita MÁS, pero no recibe actualmente? (322)

[NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: SI EL ENCUESTADO PREGUNTA QUÉ ES EL CUIDADO DE RELEVO]: Cuidado de relevo significa descansos de corto o de largo plazo para quienes proporcionan cuidados a otra persona.

[LEA LAS OPCIONES 1 – 6]

- 1 Clases sobre cómo proporcionar cuidado, como administrar medicamentos
- 2 Ayuda para acceder a servicios
- 3 Grupos de apoyo
- 4 Consejería individual para ayudar a sobrellevar el proporcionar cuidados a otra persona
- 5 Cuidado de relevo
- 6 No necesita ninguno de estos servicios de apoyo

[NO LE LEA]

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

[Si P1 = 1 u 8, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

9. En los próximos 2 años, ¿tiene pensado proporcionar cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad? (323)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 6: Deterioro cognitivo

NOTA DE CATI: Si el entrevistado tiene 45 años o más continúe, de lo contrario pase al siguiente módulo.

Introducción: Las siguientes preguntas son sobre las dificultades para pensar o recordar que pueden hacer una gran diferencia en las actividades de la vida diaria. Esto no se refiere a olvidarse ocasionalmente las llaves o el nombre de alguien que conoció recientemente, lo cual es normal. Esto se refiere al estado de confusión o pérdida de la memoria que sucede cada vez con mayor frecuencia o que empeora, como por ejemplo, olvidarse cómo hacer las cosas que hace desde siempre u olvidar cosas que normalmente sabe. Queremos saber cómo lo afectan estas dificultades.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que sucede cada vez con más frecuencia o que empeora? (334)
- 1 Sí
 - 2 No **[Pase al siguiente módulo]**
 - 7 No sabe **[Pase a P2]**
 - 9 Se niega a contestar **[Pase al siguiente módulo]**

2. En los últimos 12 meses, ¿como resultado de la confusión o pérdida de memoria, con qué frecuencia ha dejado de hacer las actividades de la vida diaria o tareas del hogar que solía hacer, como por ejemplo, cocinar, limpiar, tomar medicamentos, conducir o pagar cuentas?

(335)

Por favor léale:

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

No le lea:

- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

3. Como resultado de la confusión o pérdida de memoria, ¿con qué frecuencia necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria?

(336)

Por favor léale:

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca [Pase a P5]
- 5 Nunca [Pase a P5]

No le lea:

- 7 No sabe [Pase a P5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P5]

NOTA DE CATI: Si P3 = 1, 2, o 3, continúe. Si P3 = 4 ,5, 7, o 9 pase a P5.

4. Cuando usted necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia suele obtener la ayuda que necesita?

(337)

Por favor léale:

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

No le lea:

- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha interferido la confusión o la pérdida de memoria en su capacidad de trabajar, trabajar de voluntario o participar en actividades sociales fuera de la casa? (338)

Por favor léale:

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

No le lea:

- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Ha hablado usted u otra persona con un profesional de atención médica sobre su confusión o pérdida de memoria? (339)

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

Módulo 10: Control de la artritis

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.9 = 1 (Sí), continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

1. Anteriormente usted señaló que tiene síntomas de artritis o en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes situaciones lo describe mejor **actualmente**? (368)

Por favor léale:

- 1 Puedo hacer todo lo que me gustaría hacer
- 2 Puedo hacer casi todo lo que me gustaría hacer
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que me gustaría hacer
- 4 Casi no puedo hacer nada de lo 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 los síntomas de la artritis o en las articulaciones?

(369)

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 en las articulaciones?

(370)

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

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

4. ¿ALGUNA VEZ ha tomado una clase o un curso para aprender cómo controlar los problemas relacionados con los síntomas de la artritis o en las articulaciones?

(371)

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

Módulo 19: Sector laboral y ocupación

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 1 o 4 (empleado asalariado o desempleado desde hace menos de 1 año) o 2 (trabajador independiente), continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo.

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente), pregunte:

1. ¿Qué tipo de trabajo realiza usted? (por ejemplo, enfermero titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles)

(402-501)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada no lo tiene claro, pregunte: "¿Cuál es su cargo o título de trabajo o el nombre que se le da a lo que usted hace?"

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado tiene más de un trabajo, entonces pregunte: "¿Cuál es su trabajo principal?".

[Anoté la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

O

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 4 (desempleado por menos de 1 año), pregunte:

"¿Qué tipo de trabajo hacía?". (por ejemplo, enfermero titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles)
(429-453)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada no lo tiene claro, pregunte: "¿Cuál era su cargo o título de trabajo o el nombre que se le daba a lo que usted hacía?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada tenía más de un trabajo, entonces pregunte: "¿Cuál era su trabajo principal?".

[Anoté la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente), pregunte:

2. ¿En qué sector o área comercial trabaja? (por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes)
(502-601)

[Anoté la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

O

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 4 (desempleado por menos de 1 año), pregunte:

¿En qué de sector o área comercial trabajaba? (por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes)

[Anoté la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

Módulo 20: Contexto social

Ahora le voy a preguntar sobre varios factores que pueden afectar la salud.

Si la respuesta en la pregunta básica P7.8 = 1 o 2 (casa propia o rentada), continúe; de lo contrario, pase a P2.

1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado por no tener suficiente dinero para pagar la renta o la hipoteca? Diría usted que... (602)

Por favor léale:

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

No le lea:

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

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces diría usted que estuvo preocupado o estresado por no tener suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos? Diría usted que... (603)

Por favor léale:

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

No le lea:

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

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente), pase a P3 y P4.

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 3 (desempleado desde hace 1 año o más), 4 (desempleado desde hace menos de 1 año) o 7 (jubilado), pase a P5 y P6.

Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 5 (encargado de las tareas del hogar), 6 (estudiante) u 8 (incapacitado para trabajar), pase a P6.

3. En su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagan por su trabajo? Le pagan: (604)

- 1 Con un salario
- 2 Por hora
- 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
- 4 De otra manera
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si a la persona encuestada le pagan de varias maneras por su empleo principal, seleccione la opción 4 (le pagan de otra manera).

4. ¿Aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana contando todos sus empleos o negocios? (605-606)

- – Horas (01-96 o más) [Pase al siguiente módulo]
- 9 7 No sabe/No está seguro [Pase al siguiente módulo]
- 9 8 No trabaja [Pase al siguiente módulo]
- 9 9 Se niega a contestar [Pase al siguiente módulo]

5. Recuerde la última vez que trabajó en su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagaron por su trabajo? Le pagaron: (607)

- 1 Con un salario
- 2 Por hora
- 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
- 4 De otra manera
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. Recuerde la última vez que trabajó, ¿aproximadamente cuántas horas trabajó por semana en todos los trabajos y negocios juntos? (608-609)

- – Horas (01-96 o más)
- 9 7 No sabe/No está seguro
- 9 8 No trabaja
- 9 9 Se niega a contestar

Módulo 22: Selección aleatoria de niños

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P7.16 = 88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en la casa o se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Si la respuesta a la pregunta básica P7.16 = 1, léale: “Usted mencionó anteriormente que en su casa había un niño de 17 años o menos. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese niño”. [Pase a P1]

Si la respuesta a la pregunta básica P7.16 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P7.16 no es 88 ni 99, por favor léale: “Usted mencionó anteriormente que en su casa había [cantidad] niños de 17 años o menos. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, de mayor a menor. El niño mayor es el primero en nacer y el menor

es el último. Incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como los mellizos o gemelos, de acuerdo al orden de nacimiento”.

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

ENCUESTADOR, POR FAVOR LÉALE:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que me referiré es el "X." [CATI: **Por favor indique el número correspondiente**] de los niños que viven en su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al "X." niño [CATI: **por favor llene los espacios**].

1. ¿En qué mes y año nació el "X." niño? (612-617)

__/__/____	Codifique mes y año
7 7 / 7 7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 / 9 9 9 9	Se niega a contestar

INSTRUCCIONES DE CATI: Calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también la edad en años (EDADNIÑO2=0 a 17) con base en la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el día del nacimiento. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene ≥12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y anote EDADNIÑO2=Trunco (EDADNIÑO1/12).

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (618)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español? (619-622)

Si la respuesta es "Sí", pregunte: ¿Es...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Tal vez se necesite seleccionar más de una categoría.

1	Mexicano, mexicanoamericano, chicano
2	Puertorriqueño
3	Cubano
4	De otro origen latino o hispano o español

No le lea:

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

4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño? (623-652)

(Seleccione todos los que correspondan).

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

- 10 Blanco
- 20 Negro o afroamericano
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska
- 40 Asiático

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

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

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño? (653-654)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

- 10 Blanco
- 20 Negro o afroamericano
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska

40 Asiático

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño?

(655)

Por favor léale:

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológicos, padrastro o madrastra, o padre o madre adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 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 niega a contestar

Módulo 23: Prevalencia del asma infantil

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P7.16 = 88 (ninguno) o 99 (se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Las siguientes dos preguntas son acerca del “X.” niño [CATI: Complete con el número correspondiente al niño].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma? (656)

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

2. ¿El niño aún tiene asma? (657)

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

Guion para pedir permiso para volver a llamar y preguntar sobre el asma

Quisiéramos llamarlo de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de la experiencia de su hijo/a con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en <ESTADO>. La información que nos dio hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial. Si usted está de acuerdo, 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 o las otras personas pueden decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que lo llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(678)

1 Sí
2 No

¿Me puede proporcionar el nombre o las iniciales (de usted/de su hijo) para que sepamos por quién debemos preguntar cuando llamemos de nuevo?

_____ Escriba el nombre o las iniciales.

Selección para llamada de seguimiento sobre el asma

- ¿Qué persona del hogar fue seleccionada como la persona para el seguimiento sobre al asma? (679)

1 Adulto
2 Niño

State-Added Questions

Pregunta de Cena Familiar

Ask on questionnaires 11 and 21.

FAMDIN1 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces por día, semana o mes, todos o la mayoría de su familia que vive en su casa comieron una comida juntos?

- 1 Por Día
- 2 Por Semana
- 3 por mes

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

Child Autism

Ask on all questionnaires. Ask of children age 2-17.

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

CHDAUT1 Un proveedor médico u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía Autismo, Asperger , Trastorno generalizado del desarrollo , Trastornos del espectro autista ?

- 1 Si
- 2 No (**Skip to next section**)

- 7 No sabe/No esta seguro (**Skip to next section**)
- 9 Se niega a contestar (**Skip to next section**)

CHDAUT 2 ¿ Actualmente el niño tiene la condición?

- 1 Si
- 2 No (**Skip to Autism4**)

- 7 No sabe/No esta seguro (**Skip to Autism4**)
- 9 Se niega a contestar (**Skip to Autism4**)

CHDAUT 3 Podria describir la condición del niño/a como leve, moderado, o severo?

- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 severo

- 7 No sabe/ No esta seguro Don't know/not sure
- 9 Se niega a contestar

CHDAUT 4 En qué lugar le dijeron por primera que el niño tenía autismo o trastorno del espectro autista ? ¿Fue la escuela , centro de salud, o alguna otra lugar?

Interviewer note: This question is asking the setting where a child was first **diagnosed** with Autism.

DO NOT READ

- 1 Escuela
- 2 Centro de Salud (Incluye Departamento de Salud)
- 3 Otro (Specify _____)

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

CHDAUT 5 Que tipo de medico o proveedor de salud proporciono el diagnostico por primero vez?

DO NOT READ

- 1 Pediatra General
- 2 Pediatra del desarrollo
- 3 Psiquiatra Infantil
- 4 Psicologo Infantil
- 5 Equipo de evaluación de la escuela
- 6 Terapista del Habla
- 7 Neurologo
- 8 Otro (Specify _____)

- 77 No sabe/No esta seguro

99 Se niega a contestar

CHDAUT 6 ¿Qué edad tenía el niño cuando le dijeron por primera vez que él / ella tenía autismo o ASD?

-- Edad en Años (1-17)

88 Menos de 1 año de edad

77 No sabe/No esta seguro Don't know/not sure

99 Se niega a contestar

CATI Note: If Autism2=2, continue. If Autism2=1,7,9 then go to next section.

CHDAUT 7 Con lo mejor de su conocimiento, alguna vez el niño ha tenido autismo o ASD?

1 Si (go to Autism8a)

2 No (go to Autism8b)

7 No sabe/No esta seguro

9 Se niega a contestar

CHDAUT 8a Voy a leer una lista de razones por las que el niño/a ya no puede tener autismo . Para cada opción , por favor dígame si se aplica a su niño/a.
(Select all that apply.)

1 El tratamiento ayudo a la condición a que desaparezca.

2 La condición pareció desaparecer por si sola.

3 Comportamientos o síntomas cambiaron.

4 Un médico u otro proveedor de atención medica cambiaron el diagnostico.

5 Por alguna otra razón.

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

CHDAUT 8b Voy a leer una lista de razones por las que un médico, proveedor de atención médica o profesional de la escuela le haya dicho que el niño tenía una enfermedad que [él / ella] nunca tuvo. Para cada opción , por favor dígame si se aplica al niño/a.

(Select all that apply.)

1 Con mas información, el diagnostico cambio.

2 El diagnóstico fue dado para que el niño pueda recibir los servicios necesarios.

3 Usted no estába de acuerdo con la opinión del médico u otro proveedor de

- de que el niño tenía autismo o ASD.
- 4 Por alguna otra razón Some other reason
- 7 No sabe / no está seguro
- 9 Se niega a contestar

Insurance and Access

Ask on questionnaires 11 and 21. Ask 'K' questions of all respondents with a randomly selected child. All question names beginning with a K will be asked about the randomly selected child. If C03Q01=1,7,9 then ask CovType. Otherwise, skip to KCovType.

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

[If C03Q01=2 then read: Earlier you said you did not have any health care coverage. There are some types of plans you may not have considered.]

COVtype Esta actualmente cubierto por cualquiera de los siguientes tipos de seguro medico o planes de cobertura medica?

(Seleccione todos los que apliquen)

Por favor lea:

- 01 Un plan que compra a través de un empleador o sindicato (incluye planes prepagados a través del empleador de otra persona)
- 02 Un plan que usted u otro miembro de la familia compra por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal
- 05 TRICARE (anteriormente CHAMPUS), VA, or Military
- 06 Nativo de Alaska, Servicio de Salud Indígena, Servicios de Salud Tribales
- 0 Ninguno
- 07 Alguna otra fuente
- 08 Ninguno (sin cobertura)

No leer:

- 77 No sabe/No esta seguro
- 99 Se niega a contestar

CHIP (Ask only of 18 year old respondents.)

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

- 1 Sí
- 2 No

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

If no selected child, skip to instructions before WHY.

KCOVtype Está el niño ACTUALMENTE cubiertos por cualquiera de los siguientes tipos de seguro de salud o cobertura de plan de salud?
(Select all that apply.)

Por favor lea:

- 01 Un plan que compra a través de un empleador o sindicato (incluye planes prepagados a través del empleador de otra persona)

- 02 Un plan que usted u otro miembro de la familia compra por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal
- 05 TRICARE (anteriormente CHAMPUS), VA, or Military
- 06 Nativo de Alaska, Servicio de Salud Indígena, Servicios de Salud Tribales
- O
- 07 Alguna otra fuente
- 08 Ninguno (sin cobertura)

No leer:

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

If KCOVtype = 01 – 08, continue with KHLTHEX. Otherwise, skip to KUNINS. **At this point, CATI determines the insurance status of the child. 1=insured, 2=uninsured. Insured kids will go to KHLTHEX, uninsured kids will go to KUNINS.

****At this point CATI determines the insurance status of the adult. Adult is insured if they answered if COVtype = 01-07. 1=insured, 2=uninsured. Insured adults go on to HLTHEX, uninsured adults go on to UNINS (after being asked the next K questions, if applicable).**

HLTHEX la cobertura es a través del intercambio de Salud Federal o intercambio de salud del estado de Utah "Avenue H"?

- 1 Sí
- 2 No

NO LEA

- 77 No sabe / No está seguro

99 Se niega a contestar

KHLTHEX la cobertura del niño/a es través del intercambio de Salud Federal o intercambio de salud del estado de Utah "Avenue H"?

1 Sí
2 No

NO LEA

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

PREMIUM Existe una prima mensual para este plan?

1 Si
2 No (Skip to INSDELY)

NO LEA

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

KPREMIUM Existe una prima mensual para el plan del niño/a?

1 Si
2 No

NO LEA

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

SUBSDZ El costo de la prima es subsidiada basado en sus ingresos?

1 Si
2 No

NO LEA

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

KSUBSDZ El costo de la prima del niño/a es subsidiada basado en sus ingresos?

1 Si
2 No

NO LEA

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

If adult is uninsured they will be asked UNINS and WHY questions; uninsured children are asked KUNINS and KWHY questions.

If adult is insured, they will not get UNINS and WHY questions and will next be asked INSDELY.

If child is insured, they will not get KUNINS and KWHY questions but will next be asked KINSDELY.

If adult is insured, then skip to KUNINS.

UNINS Por cuantos meses ha estado usted sin seguro medico?

- 00 Menos de 4 semanas (**Skip to WHY1**)
- 01-60 Pone # de meses (**Skip to WHY1**)
- 61 Mas de 5 años (**Skip to WHY1**)
- 77 No sabe/No esta seguro (**Skip to WHY1**)
- 99 Se niega a contestar (**Skip to WHY1**)

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

- 00 Menos de 4 semanas (**Skip to WHY1**)
- 01-60 Pone # de meses (**Skip to WHY1**)
- 61 Mas de 5 años (**Skip to WHY1**)
- 77 No sabe/No esta seguro (**Skip to WHY1**)
- 99 Se niega a contestar (**Skip to WHY1**)

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 niega a contestar

KWHY **If no children, OR child is insured, then skip to WHYemp.**
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.

Read responses, select all that apply.

- 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 niega a contestar

If respondent is only adult in HH and is unemployed OR if adult is insured skip to KWHYemp.

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 CONTESTAR

If no children OR child is insured OR child is uninsured and # of adults = 1 and the adult Is unemployed, skip to INSDELY.

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 podría 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 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). If this question is skipped, insert the intro below before next question asked.)*

El Departamento de Salud está trabajando en maneras de mejorar el acceso a servicios de salud, especialmente para aquellas personas que actualmente no están recibiendo atención médica cuando la necesitan. Las siguientes preguntas son acerca de las razones por las cuales las personas tardan o tienen problemas para obtener cuidado medico, dental, salud mental o otro tipo de cuidado para si mismos.

En los ultimos 12 meses, tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico para usted porque el servicio no lo cubria su aseguranza.

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 SE NIEGA CONTESTAR

KINSDELY 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 razón es que en **algun momento de los últimos 12 meses** que haya tenido seguro y se encontró con este problema.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 La persona no ha tenido seguro médico en los últimos 12 meses

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

KCOSTDEL Pensando en el niño(a), en los últimos 12 meses tubo algún problema o retraso en obtener cuidado médico porque el servicio costaba mucho?

- 1 Sí
- 2 No

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

KPERSDOC El niño tiene una persona que considera como su médico o proveedor de atención médica?

Si "No", pregunte: "¿Hay más de uno, o no hay ninguna persona que usted considere su médico o proveedor de atención médica?"

(98)

- 1 Si, solo uno
- 2 Mas de uno
- 3 No

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

KCHCKP ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que el niño visitó a un médico para un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad o condición.

(100)

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

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

If C07Q15 = (3,4,5,6,7,8,9) then ask Employed. If C07Q15 = (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 esta seguro (skip to HOURSWKD)
- 9 Se niega a contestar (skip to HOURSWKD)

HOURSWKD If C07Q15 = (1,2) then show “Earlier you said you are [fill in with either “employed for wages” or “self-employed”].

¿Cuántas horas por semana trabaja **usualmente** en su trabajo principal?

Interviewer Probe: Por trabajo principal quiero decir aquel trabaja donde trabaja más horas.

- Horas (70 = 70 hours or more)
- 77 No sabe/no esta seguro
- 99 Se niega a contestar

NUMEMPS Pensando en la compañía donde trabaja ¿aproximadamente cuántos empleados trabajan en esta organizacion?

Interviewer Note: If "DK", **Probe:** What is your best guess?

- 1 1 empleado

- 2 2-50 empleados
- 3 50+ empleados
- 7 No sabe/no esta seguro
- 9 Se niega a contestar

Tobacco Questions

Ask on questionnaires 12/22.

If (1 or 2) “everyday” or “some days” (= current smoker) to core 8.2, 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 SE NIEGA 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. (STSMK3).

- 1 En los proximos 7 dias, (go to STMK3)
- 2 En los proximos 30 dias, (go to STMK3)
- 3 En los proximos 6 meses, (go to STMK3)
- 4 En el proximo año, (go to STMK3)
- 5 En mas de un año apartir de ahora, or (go to STMK3)
- 6 De ningun modo (go to STMK3)

No leer

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

[All Respondents]

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

- 1 Si (**Go to STSMK5**)

2 NO

DO NOT READ

7 No sabe/No esta seguro

9 Se niega a contestar

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 SE NIEGA CONTESTAR

If C08Q01 = 2, 7, or 9 then skip to STSMK9.

If C08Q02 = 1 or 2 (“everyday” or “some days”) OR if C08Q04<05 (respondent quit smoking in the past year) continue to STSMK5. All others skip to STSMK9 (all respondents answer STSMK9-11)

The next questions are about interactions with a doctor, nurse, or other health professional.

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 SE NIEGA 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 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 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 CONTESTAR

STSMK9 ¿Qué enunciado describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa?

Entrevistador leer opciones

- 1 No se permite fumar en cualquier lugar dentro de su casa
- 2 Se permite fumar en algunos lugares o a ciertas horas
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de su casa o
- 4 No hay reglas sobre fumar dentro de su casa

- 7 No sabe/no esta seguro
- 9 Se niega a contestar

STSMK10 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 SE NIEGA CONTESTAR

STSMK11 Finalmente, la ultima pregunta sobre el tabacco 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.

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

-- Numero de días [1-7]
8 8 Ninguno

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

Tobacco Ad Awareness

Ask on all questionnaires.

SMOKEAD En los últimos 30 días, ¿cuántas veces has visto los anuncios en la televisión alentar a los fumadores a dejar de fumar o sobre los peligros de fumar?

1 Nunca
2 Alrededor de una vez o dos veces en los últimos 30 días
3 Una vez a la semana
4 Varias veces a la semana

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

Genomics (Cancer)

Ask on all questionnaires.

Leer: La siguiente pregunta se refiere a las conversaciones que haya tenido con un profesional de la salud.

CANGEN1 Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le preguntó acerca de su historia familiar de cáncer?

1 Si

2 No

NO LEA

7 No sabe / No está seguro

9 Se niega a contestar

(No leer) Nota para el entrevistador: Esta pregunta tiene que ver si un profesional de la salud ha hablado con el demandado sobre el cáncer en su / su familia.

Lea: Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas genéticas de riesgo de cáncer. Las pruebas generalmente implican una muestra de sangre o saliva. Las pruebas genéticas para el riesgo de cáncer se realiza con mayor frecuencia en personas que tienen muchos parientes con cáncer y / o han tenido cáncer a una edad temprana.

CANGEN2 Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional le ha hablado acerca de las pruebas genéticas para determinar si usted o su familia están en mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, ovario, colon o cáncer uterino?

1 Si (if yes continue to question #3)

2 No (last question)

NO LEA

7 No sabe / No está seguro

9 Se niega a contestar

CANGEN3 ¿Ha tenido una prueba genética para determinar si usted o su familia están en mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, ovario, colon o cáncer uterino?

1 Si

2 No

3 Nunca he oído hablar de ese tipo de pruebas genéticas

NO LEA

7 No sabe / No está seguro

9 Se niega a contestar

Medicamento para el dolor por prescripción

Ask on all questionnaires.

Acontinuacion quisiera hacerle algunas preguntas acerca de medicamentos recetados.

PPM1 Hay momentos en que los medicamentos recetados no se utiliza en su totalidad. En los últimos 30 días, ¿tomó medicamentos para el dolor que le sobraron?

- 1 Si
- 2 No (skip to PPM3)

DO NOT READ

- 7 No sabe/No esta seguro (skip to PPM3)
- 10 Se niega a contestar (skip to PPM3)

PPM2 Cuantas dosis tomo? (In the past 30 days)
Enter the number. 1-100

NO LEER

- 777 No sabe/No esta seguro
- 999 Se niega a contestar

PPM3 En el último año, ¿usted uso medicamentos para el dolor que no fueron recetados específicamente para usted por un médico? Sólo queremos saber sobre los medicamentos con receta no los medicamentos que están disponibles en el mostrador

- 1 Si
- 2 No (skip to PPM6)

DO NOT READ

- 7 No sabe/No esta seguro (skip to PPM6)
- 9 Se niega a contestar (skip to PPM6)

PPM4 Cuantas dosis tomo? (In the past 30 days)
Enter the number. 1-100

NO LEER

- 777 No sabe/No esta seguro
- 999 Se niega a contestar

PPM5 (ASK ONLY IF YES TO #1 OR #3) Pinse en la ultima vez que utilizo medicamentos para el dolor que no fueron recetados para usted, o fueron recetados para usted pero para otra cosa. Cuales fueron las razones que utilizo el medicamento? (NO LEER RESPUESTAS- MARCA TODAS LAS MENCIONADAS)

- 1 Para aliviar el dolor
- 2 Para aliviar otros sintomas fisicos
- 3 Para aliviar la ansiedad o la depresion
- 4 Para la diversion, Buena sensacion, drogarse
- 5 Para prevenir o aliviar los sintomas e abstencia
- 6 Para ayudar a conciliar el sueño
- 7 Otro (especificar) _____

NO LEER

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

PPM6 Cuando las personas toman medicamentos recetados para el dolor que no fueron recetados para ellos, tales como Vicodin, OxyCotin, o Lortab- cuanto riesgo estan tomando?

Por favor léale:

- 1 Nada de riesgo
- 2 Un poco de riesgo
- 3 Riesgo moderado Moderate risk
- 4 Gran riesgo

NO LEER

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

PPM7 Usted conoce la ley 911 del buen samaritano que permite denunciar una sobredosis, sin temor de una persecucion penal por posesion ilegal?

- 1 Si
- 2 No

NO LEER

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

PPM8 Conoce a alguien que usa regularmente medicamentos recetados para el dolor?

- 1 Si
- 2 No

NO LEER

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

PPM9 Conoce a alguien que usa la heroína regularmente?

- 1 Si
- 2 No

NO LEER

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

Naloxone, también llamado Narcan, es un medicamento que puede revertir las sobredosis de medicamentos recetados para el dolor o la heroína. (Naloxone is pronounced Na-lahx-own)

PPM10 ¿Alguna vez has oído hablar de este medicamento?

- 1 Si
- 2 No (Skip to next section)

NO LEER

- 7 No sabe/No esta seguro (Skip to next section)
- 9 Se niega a contestar (Skip to next section)

PPM11 Usted conoce alguna persona que pueda obtener una receta para Naloxone? (Un medicamento que puede revertir las sobredosis de opiáceos)

- 1 Si
- 2 No (Skip to next section)

NO LEER

- 7 No sabe/No esta seguro (Skip to next section)
- 9 Se niega a contestar (Skip to next section)

PPM12 Un proveedor de atención médica le ha dado una prescripción de Naloxone (o Narcan) a usted para que utilice con alguien que conoce que tiene una sobredosis de medicamentos recetados para el dolor o de heroína?

- 1 Si
- 2 No (Skip to next section)

NO LEER

- 7 No sabe/No esta seguro (Skip to next section)
- 9 Se niega a contestar (Skip to next section)

PPM13 Usted ha utilizado esta receta para revertir una sospecha de sobredosis?

- 1 Si
- 2 No (Skip to next section)

NO LEER

- 7 No sabe/No esta seguro (Skip to next section)
- 9 Se niega a contestar (Skip to next section)

Asthma Call-Back Permission Script

CATI Note: If respondent or their child has ever been diagnosed with asthma, go to asthma call-back permission script. Everyone else goes to State Follow-up script.

AFU1 Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar con mas detalle de la experiencia (de usted/de su niño) 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?

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

State Follow-up Question

If respondent or their child has asthma (they were asked AFUI) they should skip to closing.

STFU1 De vez en cuando el Departamento de Salud o investigadores de las universidades de Utah les gustaría llevar a cabo encuestas de seguimiento. ¿Porfavor me podria dar su primer nombre, por si en el futuro nos comunicamos con usted podemos pedir por usted específicamente? Usted puede dejarnos saber en ese momento si no desea participar en la encuesta.

Type in respondent's first name only.

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

Closing Statement

Please read:

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.

Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 11: Actividad física)

Descripción del código (Actividad física, preguntas 11.2 y 11.5 anteriores)

0 1 Sistemas de juegos interactivos (Wii Fit, <i>Dance Dance revolution</i>)	4 1 <i>Rugby</i>
0 2 Video o clase de ejercicios aeróbicos	4 2 Buceo
0 3 Excursionismo con mochila	4 3 Patineta
0 4 Bádminton	4 4 Patinaje – sobre hielo o sobre ruedas
0 5 Baloncesto	4 5 Deslizamiento en trineo, tobogán
0 6 Ejercicio en bicicleta fija	4 6 <i>Snorkel</i>
0 7 Ciclismo	4 7 Limpieza de nieve (con máquina sopladora)
0 8 Actividades en embarcaciones (canoa, remo, kayak, navegar en barco de vela para paseos o para acampar)	4 8 Limpieza de nieve con pala
0 9 Bolos	4 9 Esquí sobre nieve
1 0 Boxeo	5 0 Caminar con raquetas de nieve
1 1 Ejercicios calisténicos	5 1 Fútbol (<i>soccer</i>)
1 2 Canoa/remo para competencia	5 2 <i>Softball</i> /Béisbol
1 3 Carpintería	5 3 <i>Squash</i>
1 4 Baile - ballet, baile de salón, música latina, hip hop, zumba, etc	5 4 Subir escaleras/Escaladora SatirMaster
1 5 Ejercicio con máquina elíptica/EFX	5 5 Pesca en arroyos con botas de pescador
1 6 Pesca desde el banco de un río o embarcación	5 6 <i>Surfing</i>
1 7 Disco (<i>Frisbee</i>)	5 7 Nadar
1 8 Trabajos de jardín (trabajar con pala, quitar hierba mala, cavar, rellenar)	5 8 Natación en piscina
1 9 Golf (con carro motorizado)	5 9 Tenis de mesa
2 0 Golf (sin carro motorizado)	6 0 Tai Chi
2 1 Balonmano (<i>Handball</i>)	6 1 Tenis
2 2 Montañismo - campo traviesa	6 2 Fútbol americano tocado
2 3 <i>Hockey</i>	6 3 Vóleybol
2 4 Equitación	6 4 Caminar
2 5 Caza de animales grandes – venados, alces	6 6 Esquí acuático
2 6 Caza de animales pequeños – codornices	6 7 Levantamiento de pesas
2 7 Patinaje en línea	6 8 Lucha libre
2 8 <i>Jogging</i>	6 9 Yoga
2 9 <i>Lacrosse</i>	7 1 Cuidado de niños
3 0 Escalar montañas	7 2 Trabajo agrícola o en granjas (cuidado de animales de cría, apilar pacas de heno, etc.)
3 1 Cortar el césped	7 3 Tareas del hogar (aspirar, quitar el polvo, reparaciones de la casa, etc.)
3 2 <i>Paddleball</i> (tenis de playa)	7 4 Karate/Artes marciales
3 3 Pintar la casa o colocar papel tapiz	7 5 Ciclismo con la parte superior del cuerpo (deportes en silla de ruedas, ergómetro, etc.)
3 4 Pilates	7 6 Trabajo en el jardín (cortar y juntar leña, podar arbustos, etc.)
3 5 <i>Racquetball</i>	9 8 Otro_____
3 6 Rastrillar el césped	9 9 Se niega a contestar
3 7 Correr	
3 8 Escalar rocas	
3 9 Saltar la cuerda	
4 0 Remar con máquina de ejercicio	

MLS-252979