



**2016**

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

**14 de octubre de 2015**



## Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2016

### Índice

Índice .....	2
<b>Guion para el encuestador</b> .....	Error! Bookmark not defined.
Línea telefónica fija .....	Error! Bookmark not defined.
Teléfono celular .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Secciones básicas</b> .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 1: Estado de salud .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud y calidad de vida en relación con la salud .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 3: Acceso a atención médica .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 4: Ejercicio .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 5: Sueño insuficiente .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 6: Afecciones crónicas .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 7: Salud bucal .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 8: Información demográfica .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 9: Consumo de tabaco .....	33
Sección 10: Cigarrillos electrónicos ( <i>e-cigarettes</i> ) .....	35
Sección 11: Consumo de alcohol .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 12: Vacunación .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 13: Caídas .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 14: Uso del cinturón de seguridad .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 15: Beber y conducir .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 16: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 17: Pruebas de detección del cáncer de próstata .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 18: Pruebas de detección del cáncer colorrectal .....	Error! Bookmark not defined.
Sección 19: VIH/sida .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Módulos opcionales</b> .....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 6: Cuidador .....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 7: Deterioro cognitivo .....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 22: Selección aleatoria de niños .....	Error! Bookmark not defined.
Módulo 23: Prevalencia del asma infantil .....	Error! Bookmark not defined.
<b>State-Added Questions</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Pre-diabetes</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Genomics (Cancer)</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Tanning</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Radon Questions</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Folic Acid</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Mental Health Questions (PHQ-9)</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Prescription Pain Medication</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Insurance and Access</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Tobacco Questions</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Tobacco Ad Awareness</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Child Autism</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Food Insecurity</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Family Planning</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Adverse Childhood Experiences</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Sexual Violence</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Intimate Partner Violence</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">State Follow-up Question</a> .....	Error! Bookmark not defined.
<a href="#">Closing Statement</a> .....	Error! Bookmark not defined.



## Interviewer's Script

Landline

Form Approved  
OMB No. 0920-1061  
Exp. Date 3/31/2018

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 27 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061).

NOTE: Interviewers do not need to read any part of the burden estimate nor provide the OMB number unless asked by the respondent for specific information. If a respondent asks for the length of time of the interview provide the most accurate information based on the version of the questionnaire that will be administered to that respondent. If the interviewer is not sure, provide the average time as indicated in the burden statement. If data collectors have questions concerning the BRFSS OMB process, please contact Carol Pierannunzi at [ivk7@cdc.gov](mailto:ivk7@cdc.gov).

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.

¿Estoy llamando al  (número de teléfono)  ?

**Si la respuesta es "no":**

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

¿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. . STOP**



**Estado donde reside**

¿Usted vive en \_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_ ?

Sí                    [Pase a pregunta para teléfonos celulares]  
No

**Si la respuesta es "No":**

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

NOTE: Items in parentheses at any place in the questions or response DO NOT need to be read.



**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. **STOP**  
No

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

¿Tiene usted 18 años o más?

- |   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | Sí, encuestado es hombre | [Pase a la página 6] |
| 2 | Sí, encuestado es mujer  | [Pase a la página 6] |
| 3 | No                       |                      |

**Si la respuesta es "No":**

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

**Selección aleatoria de adulto**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluyendo a 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.**

draft



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

\_\_\_ Cantidad de hombres

CATI NOTE: CATI program to subtract number of men from number of adults provided

El numero de mujeres adultas que viven en la casa es de

\_\_\_ Cantidad de mujeres

Eso es correcto?

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

**If "you," go to page # 10 (correct page).**

**A la persona que corresponde encuesta:**

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.





Cell Phone

Form Approved  
OMB No. 0920-1061  
Exp. Date 3/31/2018

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 27 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061).

NOTE: Interviewers do not need to read any part of the burden estimate nor provide the OMB number unless asked by the respondent for specific information. If a respondent asks for the length of time of the interview provide the most accurate information based on the version of the questionnaire that will be administered to that respondent. If the interviewer is not sure, provide the average time as indicated in the burden statement. If data collectors have questions concerning the BRFSS OMB process, please contact Carol Pierannunzi at [ivk7@cdc.gov](mailto:ivk7@cdc.gov).

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.

**Es un buen momento para hablar con usted o esta manejando?**

Si [Go to phone]  
No

If "No",

Muchas gracias. Le llamaremos otravez en un momento mas conveniente. ([Set up appointment if possible]) **STOP**

**Phone**

¿Estoy llamando al (número de teléfono) ?

Si [Go to cell(ular) phone]  
No [Confirm phone number]

If "No",



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

**Cell(ular) Phone**

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil que pueda usarse fuera de su vecindario”.**

**Yes** [Go to adult]  
**No**

**If "No",**

Muchas gracias, pero sólo estamos llamando a teléfonos celulares en este momento. **STOP**

**Adult**

¿Tiene usted 18 años o más?

1 **Si, respondent is male** [Go to Private Residence]  
2 **Si, respondent is female** [Go to Private Residence]  
3 **No**

**If "No",**

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

**Private Residence**

¿Estoy hablando a un domicilio particular?

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

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



**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”.

Si [Go to state of residence]

No

If "No",

Thank you very much, but we are only interviewing persons who live in a private residence or college housing at this time. **STOP**

**Estado donde reside**

¿Usted vive en \_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_?

Si [Go to landline]

No [Go to state]

**State**

¿En qué estado vive usted actualmente?

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

Landline

¿Tienes un teléfono fijo en su hogar que se utiliza para hacer y recibir llamadas?

LEA SOLO SI ES NECESARIO: "Por teléfono fijo, nos referimos a un " ". Teléfono en su casa que se utiliza para hacer o recibir llamadas" regular favor incluya teléfonos fijos utilizados tanto para uso profesional y personal "

**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).**

Si

No

**If College Housing = “Yes”, do not ask Number of adults Questions, go to Core.**



NUMADULT

¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluyendo a usted, tienen 18 años o más?

— Number of adults

(Note: If college housing = "yes" then number of adults is set to 1.)

NOTE: Items in parentheses at any place in the questions or response DO NOT need to be read.

Draft



## Secciones básicas

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarle. 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 **(1888-222-2542)**.

### Section 1: Health Status

---

**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)

- sección]
- — Cantidad de días
  - 8 8 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ninguno), pase a la siguiente**
  - 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

---

¿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 **[If using Health Care Access (HCA) Module go to Module 4, Q1, else continue]**
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

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

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

(98)

- 1 Sí, solo una



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

draft

**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

**CATI NOTE: If using HCA Module, go to Module 4, Q3, else continue.**

**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

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

#### Sección 4: Ejercicio

---

**4.1** En el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio, como correr, ejercicios calisténicos, jugar al golf, actividades de jardinería o caminar? (101)

- 1 Sí
- 2 No



7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

Section 5: Inadequate Sleep

---

**5.1** En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Anote la cantidad de horas que la persona duerme en números enteros, redondeando hacia arriba los 30 minutos (1/2 hora) o más y hacia abajo los 29 minutos o menos.

(102-103)

-- Cantidad de horas [01-24]  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

Section 6: Chronic Health Conditions

---

¿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?

(104)

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?

(105)

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?

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

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

(107)

- 1 Si
- 2 No [Go to Q6.6]
- 7 No sabe/No está seguro [Go to Q6.6]
- 9 Se niega a contestar [Go to Q6.6]

**6.5** ¿Usted todavía tiene asma?

(108)

- 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?

(109)

- 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?

(110)

- 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?

- 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?

(112)

- 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 de los rotadores
- 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)?

(113)

- 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).

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

(114)

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

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

(115)

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

**CATI NOTE: If Q6.12 = 1 (Yes), go to next question. If any other response to Q6.12, go to Pre-Diabetes Optional Module (if used). Otherwise, go to next section.**

**6.13** ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes?

(116-117)

- Codifique la edad en años [97 = 97 y más]
- 9 8 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

**CATI NOTE: Go to Diabetes Optional Module (if used). Otherwise, go to next section.**

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 | REHÚSA CONTESTAR                          |

Sección 7: Salud bucal

**7.1** ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, como por ejemplo los ortodoncistas.

(118)

**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 |
| 8 | Nunca                  |
| 9 | Se niega a contestar   |

**7.2** ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encías? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión o trabajo de ortodoncia.

**NOTE: If wisdom teeth are removed because of tooth decay or gum disease, they should be included in the count for lost teeth.**

(119)

- 1 1 a 5
- 2 6 o más, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Section 8: Demographics

---

**8.1** Usted es...

(120)

- 1 Hombre
- 2 Mujer
- 9 Se niega a contestar

Note: This may be populated from information derived from screening, household enumeration. However, interviewer should not make judgement on sex of respondent.



8.2 Que edad tiene?

(121-122)

- Code age in years
- 0 7 No sabe/ No esta seguro
- 0 9 Se niega a contestar

8.3 ¿Es usted latino o hispano (for a female survey should use female tense latina o hispana), o de origen de 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

8.4 ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas 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

**CATI NOTE: If more than one response to Q8.4; continue. Otherwise, go to Q8.6.**

**8.5** ¿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 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

**8.6**

Usted esta...?

(157)

**Please read:**

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

**O**

- 6 Vive en pareja sin estar casado

**No leer:**

- 9 Se niega a contestar

**8.7**

¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha alcanzado?

(158)

**Lea lo siguiente solo si es necesario:**

- 1 Nunca fue a la escuela o solo 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 técnica)
- 6 4 años o más de universidad (graduado de estudios universitarios)

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

NOTE: Items in parentheses at any place in the questions or response DO NOT need to be read.

**8.8** ¿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.**

**8.9** ¿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



**8.10**      **8.14**    ¿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

**8.11**      ¿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      Si  
2      No      [Go to Q8.13]  
7      No sabe/No esta seguro      [Go to Q8.13]  
9      Se niega a contestar      [Go to Q8.13]

**8.12**      ¿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

**8.13**      ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Incluya los celulares utilizados para uso personal y para el trabajo. (170)

1      Si  
2      No  
7      No sabe/No esta seguro  
9      Se niega a contestar



**8.14** ¿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

**8.15** ¿Es usted actualmente...?

**INTERVIEWER NOTE: If more than one, select the category which best describes you.**

(172)

(151)

**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 Encargado/a en las tareas del hogar
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

**O**

- 8 No puede trabajar

**No le lea:**



9 Se niega a contestar

- 8.16** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (173-174)
- - Cantidad de niños
  - 8 8 Ninguno
  - 9 9 Se niega a contestar

- 8.17** 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

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

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

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

**NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 154.**

**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

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

**“9” en**      **NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique la columna 158.**

**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

**If male, go to 8.22, if female respondent is 45 years old or older, go to Q8.22**

**8.21**      Que usted sepa, ¿está embarazada? (186)

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

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

**La siguiente pregunta es acerca de la orientación sexual y la identidad del género**

**NOTA ENTREVISTADOR: Hacemos esta pregunta con el fin de comprender mejor las necesidades de salud y de atención médica de personas con diferentes orientaciones sexuales.**





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

**8.25** ¿Tiene gran dificultad para caminar o subir las escaleras? (190)

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

**8.26** ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? (191)

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

**8.27** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al consultorio del médico o ir de compras? (192)

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

## Sección 9: Consumo de tabaco

---

**9.1** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (193)

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

**NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos**

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P9.5]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P9.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P9.5]

**9.2** ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada? (194)



- 1 Todos los días
  - 2 Algunos días
  - 3 No fuma para nada
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
- [Pase a P9.4]  
[Pase a P9.5]  
[Pase a P9.5]

9.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (195)

- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
- [Pase a P9.5]  
[Pase a P9.5]  
[Pase a P9.5]  
[Pase a P9.5]

9.4 ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)? (196-197)

- 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 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

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

***Snus* (rima con 'goose')**

**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.** (198)

- 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 10: Cigarrillos electrónicos (*e-cigarettes*)

---

**Lea lo siguiente si es necesario:** Los cigarrillos electrónicos (*e-cigarrillos* o *e-cigarettes*) y otros productos de “vapor” electrónicos incluyen pipas de agua (narguiles) electrónicas (*e-hookahs*), plumas de vapor, cigarros electrónicos (*e-cigarros* o *e-cigars*) entre otros. Estos productos funcionan con batería y, por lo general, contienen nicotina y sabores como de frutas, menta o dulces.

**10.1** ¿Alguna vez ha usado un cigarrillo electrónico u otro producto de “vapor” electrónico, aun cuando lo haya hecho una sola vez en toda su vida)?

(199)

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

**10.2** ¿En la actualidad usa cigarrillos electrónicos (*e-cigarrillos* o *e-cigarettes*) u otros productos de “vapor” electrónico todos los días, algunos días o para nada?

(200)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Para nada
- 7 No sabe/No está
- 9 Se niega a contestar

## Section 11: Consumo de Alcohol

---

**11.1** 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?

(201-203)

- 1 \_\_ Days per week
  - 2 \_\_ Days in past 30 days
  - 8 8 8 Ningún trago en los últimos 30 días
- [Go to next section]**



[Go to next section]

[Go to next section]

7 7 7 No sabe/No está seguro

9 9 9 Se niega a contestar

11.2 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?

(204-205)

**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

11.3 Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión X tragos o más [CATI X = 5 for men, X = 4 for women]

(206-207)

-- 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?

(208-209)

-- Cantidad de tragos

7 7 No sabe/No está seguro

9 9 Se niega a contestar

Section 12: 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?

(210)

**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                     | [Go to Q12.3] |
| 7 | No sabe/No esta segura | [Go to Q12.3] |
| 9 | Se niega contestar     | [Go to Q12.3] |

**12.2**

¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea inyectada en el brazo o en atomizador nasal?

(211-216)

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

**14.4** 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 contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía?

(217)

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

**12.4** Desde el 2005, ¿se ha puesto una vacuna contra el tétanos?

(218)

Si la respuesta es sí, pregunte: "¿Fue la Tdap, la vacuna contra el tétanos que también incluye la vacuna contra la tosferina (pertussis)?".

- 1 Sí, recibió la Tdap
- 2 Sí, recibió la vacuna contra el tétanos, pero no era la Tdap
- 3 Sí, recibió la vacuna contra el tétanos, pero no sabe qué tipo
- 4 No, no se ha puesto ninguna vacuna contra el tétanos desde el 2005
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Section 13: Caídas

---

**If respondent is 45 years or older continue, otherwise go to next section.**

Ahora le voy a hacer preguntas sobre caídas recientes. Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

**13.1** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído?

(219–220)

- |     |                        |                                       |
|-----|------------------------|---------------------------------------|
| --  | Cantidad de veces      | <b>[76 = 76 o más]</b>                |
| 8 8 | Ninguna                | <b>[Pase a la siguiente sección]</b>  |
| 7 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a la siguiente sección]</b>  |
| 9 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a la siguiente sección ]</b> |



**13.2 [Pida más información: “Esta caída (relacionada con la pregunta P13.1), ¿le causó alguna lesión?”]. Si en P13.1 indicó solo una caída y la respuesta fue “Sí” (causó una lesión), codifique 01. Si la respuesta fue “No”, codifique 88.**

¿Cuántas de estas caídas le causaron alguna lesión? Por lesión, nos referimos a una caída que le haya limitado sus actividades normales al menos por un día o que le haya obligado a ver a un médico.

(221-222)

- |     |   |
|-----|---|
| — — | Cantidad de caídas <b>[76 = 76 o más]</b> |
| 8 8 | Ninguno                                   |
| 7 7 | No sabe/No está seguro                    |
| 9 9 | Se niega a contestar                      |

#### Section 14: Seatbelt Use

---

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

(223)

**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 automóvil |
| 9 | Se niega a contestar               |

**CATI note: If Q14.1 = 8 (Never drive or ride in a car), go to Section 16; otherwise continue.**

#### Section 15: Drinking and Driving

---

**CATI note: If Q11.1 = 888 (No drinks in the past 30 days); go to next section.**

**15.1** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha manejado después de haber bebido quizá demasiado?  
(224-225)

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

Section 16: Breast and Cervical Cancer Screening

---

**CATI NOTE: If male go to the next section.**

Las siguientes preguntas se refieren al cáncer de mama y al cáncer del cuello uterino

**16.1** La mamografía es una radiografía que se hace a cada uno de los senos para detectar la presencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía??  
(226)

- 1 Si
- 2 No [Go to STMAM5 if age >=40; if age <40 go to 16.2]
- 7 No sabe/No está segura [Go to Q16.3]
- 9 Se niega a contestar [Go to Q16.3]

*(Ask only of women on qstpath 12/22 where C16.1=1 and women are over 40.)*

**STMAM5** ¿Cuál fue la razón más importante para tener una mamografía?

- No lea. Marca solamente una.**
- 1 examinación de rutina / anual
  - 2 para mantenerse sano / a prevenir el cáncer
  - 3 Tenia / sintió un nudo; problemas en los senos
  - 4 médico se lo recomendara
  - 5 tranquilidad de espíritu
  - 6 aliento de amigos / familia
  - 7 para detectar el cáncer
  - 8 conoce a alguien con cáncer de mama
  - 9 antecedentes familiares
  - 10 historia personal pasado
  - 11 seguros estaba terminando
  - 12 edad
  
  - 66 otra
  - 77 no sabe / no esta seguro
  - 99 Se niega a contestar



**16.2** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (227)

- 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 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

**16.3** El Papanicoláu o "Pap" es una prueba para detectar cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicoláu?

(228)

- 1 Sí
- 2 No [Go to Q16.5]
- 7 No sabe/No esta segura [Go to Q16.5]
- 9 Se niega a contestar [Go to Q16.5]

**16.4** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un Papanicoláu? (229)

- 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 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

Ahora, me gustaría preguntarle sobre el Virus del Papiloma Humano (Pap · uh · · loh virus muh) o la prueba de VPH.

**16.5** A veces se hace una prueba del VPH junto con la de Papanicoláu que se hace para detectar el cáncer de cuello uterino.

¿Alguna vez le han hecho la prueba del VPH? (230)

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



16.6 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba del virus del papiloma humano?

(231)

- 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 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

**CATI NOTE: If response to Core Q8.21 = 1 (is pregnant); then go to next section.**

16.7 ¿Le han hecho una histerectomía?

(232)

**Lea lo siguiente solo si es necesario:** La histerectomía es una operación para extirpar el útero (la matriz).

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

Section 17: Pruebas de detección del cáncer de próstata

---

**CATI note: If respondent is  $\leq 39$  years of age, or is female, go to next section.**

Ahora le haré algunas preguntas sobre las pruebas de detección del cáncer de próstata.

17.1 La prueba del antígeno prostático específico, también llamada prueba del PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se les hace a los hombres para detectar el cáncer de próstata. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las ventajas de la prueba del PSA?

(233)

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

**17.2** ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las desventajas de la prueba del PSA?

(234)

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

**17.3** ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le recomendó que se hiciera la prueba del PSA?

(235)

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

**17.4.** ¿ALGUNA VEZ se ha hecho la prueba del PSA?

(236)

- 1 Si
- 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]

**17.5.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del PSA?

(237)

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

**No le lea:**

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



**17.6.** ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL para hacerse la prueba del PSA? ¿Fue...? (238)

**Por favor léale:**

- 1 Parte de un examen de rutina
- 2 Debido a un problema en la próstata
- 3 Porque había antecedentes de cáncer de próstata en la familia
- 4 Porque le dijeron que tenía cáncer de próstata
- 5 Algún otro motivo

**No le lea:**

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

Section 18: Pruebas de detección del cáncer colorrectal

---

**CATI note: If respondent is  $\leq$  49 years of age, go to next section.**

Las siguientes preguntas son sobre las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

**18.1** La prueba de sangre en las heces se puede hacer en casa con un kit especial para detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit casero? (239)

- 1 Si
- 2 No [Go to Q18.3]
- 7 No sabe/No esta seguro [Go to Q18.3]
- 9 Se niega a contestar [Go to Q18.3]

**18.2** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit casero? (240)

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

**No le lea:**

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

**18.3**

La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para visualizar el colon a fin de detectar signos de cáncer u otros problemas de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes?

(241)

- 1 Si
- 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]**

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

(242)

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

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

(243)

**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 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10)
- 6 Hace 10 años o más

**No le lea:**

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

#### Section 19: HIV/AIDS

---

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.

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

(244)

- 1 Si



- 2 No [Go to Q19.3]
- 7 No sabe/No está seguro[Go to Q19.3]
- 9 Se niega a contestar [Go to Q19.3]

**19.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (245-250)

**NOTE: If response is before January 1985, code “Don’t know.”**

**CATI INSTRUCTION: If the respondent remembers the year but cannot remember the month, code the first two digits 77 and the last four digits for the year.**

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

**19.3** Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de esas situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme qué situación es. (251)

- En el último año ha usado drogas intravenosas.
- En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.
- En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.
- En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.
- En el último año ha tenido 4 o más parejas sexuales.**
- ¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?

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

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

**Párrafo de despedida**

**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.

### Optional Modules

#### Module 6: Caregiver

---

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, ¿Usted proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?
2. (365)

**INTERVIEWER INSTRUCTIONS: If caregiving recipient has died in the past 30 days, say "I'm so sorry to hear of your loss." and code 8.**

1. Si
2. No [Go to Question 9]
- 7 No sabe/No esta seguro [Go to Question 9]
- 8 La persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días [Go to next module]
- 9 Se niega a contestar [Go to Question 9]

¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida?

**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".**

- 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... (368)

- 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... (369)

- 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?



(370-371)

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

**[DO NOT READ: RECORD ONE RESPONSE]**

- 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...

(372)

**...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...

(373)

**...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?  
(374)

**[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

**[If Q1 = 1 or 8, GO TO NEXT MODULE]**

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?  
(375)

- 1 Sí
- 2 No

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

**CATI NOTE: If respondent is 45 years of age or older continue, else go to next module**

**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 le 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? (376)

- 1 Si
- 2 No [Go to next module]

**No le lea:**

- 7 No sabe [Go to Q2]
- 9 Se niega a contestar [Go to next module]

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?

(377)

**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?

**Please read:**

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca [Go to Q5]
- 5 Nunca [Go to Q5]

**No le lea:**

- 7 No Sabe [Go to Q5]
- 9 Se niega a contestar [Go to Q5]

**CATI NOTE: If Q3 = 1, 2, or 3, continue. If Q3 = 4, 5, 7, or 9 go to Q5.**

4. Cuando usted necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia suele obtener la ayuda que necesita?  
(379)

**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?  
(380)

**Please read:**

- 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?

(381)

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

Module 22: Random Child Selection

---

**CATI NOTE: If Core Q8.16 = 88, or 99 (No children under age 18 in the household, or Refused), go to next module.**

**If Core Q8.16 = 1, Interviewer please read:** “Usted mencionó anteriormente que en su casa había un niño de 17 años o menos. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese niño”. [Go to Q1]

**If Core Q8.16 is >1 and Core Q8.16 does not equal 88 or 99, Interviewer please read**“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”.

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

**INTERVIEWER PLEASE READ:**

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?

(652-657)

--/-- 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

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

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

(658)

1 Niño  
2 Niña  
9 Se niega a contestar

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español?

(659-662)

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

**INTERVIEWER NOTE: One or more categories may be selected**

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

4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño?

(663-692)

(Select all that apply)

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

**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

**CATI NOTE: If more than one response to Q4 continue, else go to Q6.**





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

(693-694)

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

**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?

(695)

**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

Module 23: Prevalencia del asma infantil

---

**CATI NOTE: If response to Core Q8.16 = 88 (None) or 99 (Refused), go to next module.**

Las siguientes dos preguntas son acerca del “X.” niño [CATI: please fill in correct number] child.

1. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma? (696)

- 1 Sí
- 2 No [Go to next module]
- 7 No sabe/No está seguro [Go to next module]
- 9 Se niega a contestar [Go to next module]

2. ¿El niño aún tiene asma? (697)

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

## State-Added Questions

Pre-diabetes

Ask on questionnaires 12/22.



**CATI note:** If Core Q6.12 = 1 skip and go to next module. If Core Q6.12 = 4 (pre-diabetes or borderline diabetes); skip DIA1 and go to PDIA2.

**PDIA1** ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

**If "Yes" and respondent is female, ask: "Was this only when you were pregnant?"**

**Commented [RE1]:** Lizeth, can you change this to Spanish for me?

Si "Sí" y es mujer, pregunte: "¿Fue únicamente durante el embarazo?"

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

**CATI note:** Ask PDIA2 of women only.

**PDIA2** Ha tenido un bebe que peso mas de 9 libras al nacer?

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

**PDIA3** Tiene una hermana o hermano con diabetes?

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

**PDIA4** Tiene un padre con diabetes?

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

Genomics (Cancer)

*Ask on questionnaires 12/22.*

**CANGEN1** ¿Qué tan familiarizado está usted con su historia familiar de cáncer entre sus parientes de sangre, incluyendo sus padres, abuelos, hermanos, tías, tíos, y los niños?

**Interviewer Note:** El propósito de la pregunta es para medir la familiaridad / conocimiento de la gente de su historia familiar de cáncer y no para medir si existe o no una historia familiar de cáncer.

**Read options**

- 1 Para nada familiarizado
- 2 Un poco familiarizado
- 3 Familiarizado
- 4 Muy familiarizado

**Do not read**

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



**Read:** La siguiente pregunta se refiere a las conversaciones que pudo haber tenido con un proveedor de atención médica.

**CANGEN2** Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le preguntó acerca de su historia familiar de cáncer?

**Interviewer Note:** Esta pregunta está preguntando si un profesional de la salud ha hablado con usted sobre el cáncer en su familia.

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

**Read:** Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas genéticas para el riesgo de cáncer. Generalmente las pruebas 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.

**CANGEN3** Si supiera que esta en alto riesgo de herdar cancer por medio de su historial de salud familiar, que tan probable seria que usted se hiciera las pruebas geneticas?

**Read options**

- 1 Nada probable

- 2 Algo probable
- 3 Lo mas probable
- 4 Muy probable

**Do not read**

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

**CANGEN4** Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le a hablado acerca de las pruebas genéticas para determinar si usted o su familia están en alto riesgo de desarrollar cáncer de mama, ovario, colon o cáncer uterino?

- 1 Si (if yes continue to question #5)
- 2 No (men stop here, women go to CANGEN6)
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se niega a contestar

**CANGEN5** ¿Ha tenido una prueba genética para determinar si usted o su familia está en mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, de ovario, de colon o cáncer uterino?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Nunca he oído hablar de este tipo de pruebas genéticas
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se niega a contestar

**CANGEN6 is asked of women only.**

**Read:** Un asesor genético es un profesional de la salud especialmente capacitado para ayudar a alguien a aprender acerca de su riesgo de una condición médica hereditaria. El asesoramiento genético se puede hacer en una oficina o por teléfono.

**CANGEN6** ¿Alguna vez se ha reunido con un asesor en genética para hablar de su riesgo de cáncer de mama y de ovario?

**Interviewer note: If the respondent tells you they have no/low risk code that as a 3.**

**Read options**

- 1 Si, en la oficina
- 2 Si, por telefono

3 No

**Do not read**

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

## Tanning

### *Ask on questionnaires 12/22.*

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

**NO LEER:**

1 0 veces  
2 1 a 2 veces  
3 3 to 9 veces  
4 10 to 19 veces  
5 20 to 39 veces  
6 40 veces o mas  
  
7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 Se niega a contestar

## Radon Questions

### *Ask on questionnaires 12/22.*

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

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

**Nota para el entrevistador::** Estamos hacienda esta pregunta a todos, incluso a los que alquilan su casa.

10 Sí  
2 No [**skip to RADON3**]  
3 Nunca he oído hablar de radón [**skip to RADON4**]  
4 No hogar propio / alquila [**skip to RADON4**]

7 No sabe / No está seguro [**skip to RADON4**]

9 Se rehusa [**skip to RADON4**]

**RADON2** La prueba de radón que hizo, muestra un alto nivel? Un alto nivel se define como igual o superior al valor 4 picocuries por litro?

**Interviewer Note:** picocuries is pronounced *pee-co-cure-ees*

1 Sí [**skip to RADON4**]

2 No [**skip to RADON4**]

7 No sabe / No está seguro [**skip to RADON4**]

9 Se rehusa [**skip to RADON4**]

]

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

**No lea. Marque sólo una.**

01 No sé qué es radón

02 No sé dónde conseguir las pruebas

03 No se recomienda

04 Costo

05 No estoy en riesgo /no necesaria

06 Casa fue probado por el propietario anterior

07 No he pensado en ello

08 demasiados problemas con la casa

09 Casa es nueva

10 Casa es vieja

11 No sé cómo se hacen las pruebas / cómo funciona prueba

12 Prueba no funciona

13 No quiero saber

14 Demasiado perezoso

15 No hay tiempo

16 Planeo hacerlo pronto

66 Otros

77 No sabe / no está seguro

99 Rehusa Contestar

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

01 Asma

02 Enfermedades del corazón



- 03 Cáncer de pulmón
- 04 Cáncer de Mama
- 05 Enfisema
- 06 Derrame Cerebral
- 07 alguna otra condición, o
- 08 no está asociado con ninguna condición de salud

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

## Folic Acid

Ask on Questionnaires 12/22. Ask of women 18 – 44 years old.

- SPRL1** ¿Actualmente está tomando vitaminas o suplementos?  
**(Interviewer instruction: Include liquid supplements.)**
- 1 Si
  - 2 No **(Go to SPRL5)**
  - 7 No sabe/No esta seguro **(Go to SPRL5)**
  - 9 Se niega a contestar **(Go to SPRL5)**
- SPRL2** ¿Alguno de éstos son multivitaminas?
- 1 Si **(Go to SPRL4)**
  - 2 No
  - 7 No sabe/No esta seguro
  - 9 Se niega a contestar
- SPRL3** ¿Alguna vitamina o complemento que toma contiene ácido fólico?
- 1 Si
  - 2 No **(Go to SPRL5)**
  - 7 No sabe/No esta seguro **(Go to SPRL5)**
  - 9 Se niega a contestar **(Go to SPRL5)**
- SPRL4** Con qué frecuencia toma esas vitaminas o suplementos?
- Enter times per Day, per Week or per Month
- 1 \_\_\_ VECES AL DÍA
  - 2 \_\_\_ VECES A LA SEMANA



3 \_\_ \_\_ VECES AL MES

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

**SPRL5** ¿Ha escuchado del ácido fólico de la vitamina B?

1 Si  
2 No **(Go to SPRL7)**

7 No sabe/No esta seguro **(Go to SPRL7)**  
9 Se niega a contestar **(Go to SPRL7)**

**SPRL6** ¿Donde escuchó o leyó sobre el ácido fólico de la vitamina B?

**(Interviwer note: Do not probe. Mark all mentioned)**

- 01 Médico/Ginecólogo/Médico General/Médico de Familia  
02 Enfermero/a  
03 Otro/Empleados de la Clínica  
04 Folletos y literatura en la oficina de su proveedor de salud  
05 Amigo o pariente  
06 Etiqueta en los productos de consumo (comida, vitamina)  
07 Revista o periódico  
08 Radio o televisión  
09 Escuela  
10 Libros  
11 Internet  
12 Diario profesional  
13 WIC (Las mujeres, bebés y niños)
- 66 Otro  
77 No sabe/No esta seguro  
99 Se niega contestar

**SPRL7** Algunos expertos en la salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos de ácido fólico proveniente de la vitamina B, ¿cuál es la razón de esto?:

Para fortalecer los huesos, Para prevenir defectos de nacimiento, Para prevenir la presión sanguínea alta o Por alguna otra razón?

**LEA**

- 1 Para fortalecer los huesos  
1 Para prevenir defectos de nacimiento  
3 Para prevenir la presión sanguínea alta

4 Por alguna otra razón

**Do not read**

7 No sabe/No esta seguro

9 Se niega contestar

Mental Health Questions (PHQ-9)

*Ask on questionnaires 12/22.*

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

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar



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

\_\_ 01-14 días

8 8 Ninguno

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

Prescription Pain Medication

*Ask on questionnaires 12/22.*

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de medicamentos recetados para el dolor y otras sobredosis de drogas.

**PPM7** Usted conoce la ley del buen samaritano del 911 que permite reportar una sobredosis de drogas, sin temor de persecución penal por posesión ilegal?

1 Si

2 No

**DO NOT READ**

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

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

1 Si

2 No

**DO NOT READ**

7 7 No sabe / No está seguro

9 9 Se niega contestar

**PPM9** Conoce al alguien que use la heroína regularmente?

- 1 Si
- 2 No

**DO NOT READ**

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

Naloxona, también llamado Narcan, es un medicamento que puede revertir la sobredosis de medicamentos recetados para el dolor o la heroína.

**Interviewer Note:** Naloxone is pronounced Na-lahx-own

**PPM10** ¿Alguna vez has oído hablar de este medicamento?

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

**DO NOT READ**

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

**PPM11** ¿Usted sabe que cualquier persona puede obtener una receta medica para naloxona? (Un medicamento que puede revertir las sobredosis de opiáceos)

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

**DO NOT READ**

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

**PPM12** Algun proveedor de atención medica le ha dado una prescripcion de naloxona (o Narcan) a usted para usar con alguien que usted conoce que tenga una sobredosis de medicamentos recetados para el dolor o de heroína?

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

**DO NOT READ**

- 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)

**DO NOT READ**

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

## 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?

(Select all that apply.)

**Please Read:**

- 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 Indigena, Servicios de Salud Tribales
- 07 Alguna otra fuente
- 08 Ninguno (sin cobertura)

**Do not read:**

- 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 esta 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.)

**Please Read:**

- 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
- 07 Alguna otra fuente
- 08 Ninguno (sin cobertura)

**Do not read:**

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

**\*\*At this point, CATI determines the insurance status of the child. Child is insured if KCOVtype = 1-08. Child is uninsured if KCOVtype = 09. Insurance status is undetermined if KCOVtype = 77 or 99. 0 = undetermined, 1=insured, 2=uninsured. Insured kids will go to KHLTHEX, uninsured kids will go to KUNINS, and undetermined kids skip to KINSDELY.**

**\*\*At this point CATI determines the insurance status of the adult. Adult is insured if COVtype = 01-07 or Core 3.1 =1. Adult is uninsured if COVtype = 8. Adult insurance status is undetermined if Core 3.1=77 or 99 and COVtype= 77 or 99. 0=undetermined,**



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), and undetermined skip to INSEDLY.

**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

**Do not read**

- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 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

**Do not read**

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

**PREMIUM** Existe una prima mensual para este plan?

- 1 Si
- 2 No (Skip to INSEDLY)

**Do not read**

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

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

- 1 Si
- 2 No

**Do not read**

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





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

- 1 Si
- 2 No

**Do not read**

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

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

- 1 Si
- 2 No

**Do not read**

- 7 No sabe / No está seguro
- 9 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** For how many months have you been uninsured?

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.**

**Read responses, select all that apply.**

- 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?

**Do not read**

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

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

**KWHY**

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

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

**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?

**Do not read**

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

**Do not read**

7 No sabe / no está seguro  
9 Se niega a 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 podria estar cubierto por algun plan que se ofrece por medio de su empleador?

1 Sí  
2 No

**Do not read**

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

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



**INSDELY** *(Skip if adult has been uninsured for more than 12 months (UNINS>12 months). 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 médico, dental, salud mental o otro tipo de cuidado para sí mismos.

En los últimos 12 meses, tubo algún problema o retraso en obtener cuidado médico para usted porque el servicio no lo cubría 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 **algún 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

**Do not read**

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

**KINSELY** En los últimos 12 meses, el niño(a) tubo algún problema o retraso en obtener cuidado médico porque el servicio no lo cubría 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 **algún 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

**Do not read**

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



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

- 1 Sí
- 2 No

**Do not read**

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

**KPERSDOC** El niño tiene una persona que considera como su medico o proveedor de atencion medica?

**If “No,” ask: “Is there more than one, or is there no person who you think of as your personal doctor or health care provider?”**

(98)

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

**Do not read**

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

**Do not read**

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



If C08Q15 = (3,4,5,6,7,8,9) then ask Employed. If C08Q15 = (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 NOTE: 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)

**DO NOT READ**

- 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)

**DO NOT READ**

- 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

**DO NOT READ**

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

## Tobacco Questions

*Ask on questionnaires 11/21.*

If (1 or 2)“everyday” or “some days” (= current smoker) to core 9.2, continue. Otherwise, go to STSMK7.

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

\_\_ \_\_=Number of cigarettes

Numero de cigarillos

**DO NOT READ**

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

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

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

**INTERVIEWER NOTE:** 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)

**DO NOT READ**

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

If C09Q01 = 2, 7, or 9 then skip to STSMK7.

If C09Q02 = 1 or 2 (“everyday” or “some days”) OR if C09Q04<05 (respondent quit smoking in the past year) continue to STSMK6. All others skip to STSMK7 (all respondents answer STSMK7-9)

Las siguientes preguntas son acerca de las interacciones con un médico, enfermera u otro profesional de la salud.

**STSMK3** 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
- No (**Go to Q7**)

**DO NOT READ**

- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

**STSMK4** 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

**DO NOT READ**

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

**STSMK5** ¿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

**DO NOT READ**

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

**STSMK6** 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

**DO NOT READ**

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

**STSMK7** En los últimos 30 días, alguien, incluyéndose a usted, a fumado, puros, cigarrillos, o pipas dentro de su casa?

- 1 Sí
- 2 No

**DO NOT READ**

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

**STSMK8** Que enunciado describe mejor las reglas sobre fumar cigarrillos electronicos o vapear otros productos electronicos, dentro de su casa?

Please read:

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

**DO NOT READ**

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

**STSMK9** 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

**DO NOT READ**

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

**DO NOT READ**

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

Child Autism

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

**CATI note: If Core Q8.16 = 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**)

**DO NOT READ**

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

**CHDAUT2** ¿ Actualmente el niño tiene la condición?

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

**DO NOT READ**

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

**CHDAUT3** Podria describir la condición del niño/a como leve, moderado, o severo?

- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 severo

**DO NOT READ**

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

**CHDAUT4** 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

**CHDAUT5** 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

**CHDAUT6** ¿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
- 99 Se niega a contestar

**CHDAUT7** El seguro de salud del niño ofrece beneficios o cubre los servicios de autismo o terapias para satisfacer sus necesidades?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No tiene seguro actual
  
- 7 No sabe/No esta seguro (**Skip to next section**)
- 9 Se niega a contestar (**Skip to next section**)

**Ask CHDAUT8 of all households with a child 48 months and under.**

**CHDAUT8** Durante los últimos 12 meses, el niño tuvo un chequeo para el riesgo de autismo utilizando un cuestionario de detección del autismo por medio de los padres, como el M-CHAT, durante una visita de atención de la salud o otra visita con algun professional?

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

## Food Insecurity

*Ask on all questionnaires.*

Ahora, voy a preguntarle acerca de otros factores que pueden afectar la salud de una persona.

**FSEC** ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ¿diría usted que estaba preocupado o estresado por tener suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos?

**Please read**

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

**Do not read**

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

## Family Planning

*Ask on Questionnaires 11/21*

**If respondent is female and 45 years of age or older, or male, go to next module.**

La siguiente serie de preguntas le pregunta acerca de sus pensamientos y experiencias con la planificación familiar. Por favor recuerde que todas sus respuestas son **confidenciales**.

Algunas cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos momentos, el uso de métodos anticonceptivos como la píldora, implantes, inyecciones, condones, diafragmas, espuma, dispositivo intrauterino, ligadura de trompas o la vasectomía.

**Commented [RE2]:** Check the English, I think there is one more comment in here that reads, "Some things people do to keep from getting pregnant include not having sex at certain times, using birth control methods such as the pill, implants, shots, condoms, diaphragm, foam, IUD, having their tubes tied, or having a vasectomy." I just realized it was in the programming but not in the Word doc.

**STFP3** ¿Hizo usted o su esposo/pareja algo para prevenir quedar embarazada la ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES?

- 1 Yes [Go to Q2]



- 2 No [Go to Q3]
- 3 No partner/not sexually active [Go to Q4]
- 4 Same sex partner [Go to next section]

**Do not read**

- 7 DON'T KNOW / NOT SURE [Go to Q4]
- 9 REFUSED [Go to next section]

**STFP4** ¿Qué hizo usted o su esposo/pareja para prevenir quedar embarazada la última vez que tuvo relaciones sexuales?

*NOTA AL ENTREVISTADOR: Si quien responde indica haber usado "condones, indague para determinar si fueron "condones femeninos" o "condones masculinos.*

*NOTA AL ENTREVISTADOR: Si quien responde indica haber usado un "dispositivo intrauterino (DIU)" indague para determinar si fue un "diu levonorgestrel" o un "diu de cobre."*

*NOTA AL ENTREVISTADOR: Si quien responde indica haber usado "otro método," pídale que "por favor sea más específico" y asegúrese que la respuesta no corresponda a otra categoría. si la respuesta corresponde a otra categoría, márquela según corresponda.*

**READ ONLY IF NECESSARY, SELECT ONLY ONE:**

01. Esterilización femenina (ej. ligamento de trompas, Essure, Adiana) **[Go to Q7]**
02. Esterilización masculina (vasectomía) **[Go to Q7]**
03. Implantes anticonceptivos (ex. Implanon) **[Go to Q6]**
04. Levonorgestrel(LNG) o Dispositivo intrauterino hormonal(ej. Mirena) **[Go to Q6]**
05. DIU de cobre **[Go to Q6]**
06. DIU, tipo desconocido **[Go to Q6]**
07. Inyecciones (ex. Depo-Provera) **[Go to Q6]**
08. Píldoras anticonceptivas, cualquier tipo **[Go to Q6]**
09. Parche anticonceptivo (ex. Ortho Evra) **[Go to Q6]**
10. Anillo vaginal (ex. NuvaRing) **[Go to Q6]**
11. Condones masculinos **[Go to Q6]**
12. Diafragma, capuchón cervical, esponja **[Go to Q6]**
13. Condones femeninos **[Go to Q6]**
14. No tener relaciones sexuales en ciertos momentos (ritmo o planificación familiar natural) **[Go to Q6]**
15. Interrupción de coito (método de marcha atrás)**[Go to Q6]**



- 16. Espuma, jalea o crema [Go to Q6]
- 17. Anticonceptivo de emergencia (píldora de la mañana siguiente)[Go to Q6]
- 18. Otro método [Go to Q6]

**Do not read**

- 77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURA [Go to Q6]
- 99. Se niega a contestar [Go to Q6]

**STFP5**

Algunos motivos para no hacer nada para evitar el embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales pueden incluir el querer quedar embarazada, no poder pagar por un método anticonceptivo, o pensar que no podía quedar embarazada.

¿Cuál fue el principal motivo para no hacer nada para prevenir quedar embarazada la última vez que tuvo relaciones sexuales?

*NOTA AL ENTREVISTADOR: Si quien responde dice “otro motivo,” pida que “por favor sea más específica” y asegúrese que la respuesta no corresponda a otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márquela según corresponda.*

LEA SOLO SI ES NECESARIO, SELECT ONLY ONE: SELECCIONE SOLO

UNA

- 01 No pensaba que iba a tener relaciones sexuales /no tenía pareja regular
- 02 Simplemente no pensó en eso/no le importa si queda embarazada
- 03 Desea un embarazo
- 04 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
- 05 A usted o a su pareja no le agradan los métodos anticonceptivos
- 06 No pudo pagar por un método anticonceptivo
- 07 Tuvo dificultad para obtener un método anticonceptivo cuando lo necesitó
- 08 Motivos religiosos
- 09 Lapso en uso de un método
- 10 No cree que usted o su pareja pueda quedar embarazada (infertile or too

old)

(infértil o demaciado

viejo/a)

- 11 Se hizo el ligamento de trompas (esterilización) [Go to next

module]

- 12 Tuvo una histerectomía [Go to next module]
- 13 Su pareja se hizo una vasectomía (esterilización) [Go to next module]
- 14 Está amamantando en este momento
- 15 Recientemente tuvo un bebé/posparto
- 16 Está embarazada en este momento [Go to Q7]
- 17 Pareja del mismo sexo
- 18 Otro motivo

**Do not read**

- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA CONTESTAR

**STFP6** ¿Qué piensa sobre tener un hijo ahora o en el futuro? Diría usted:

**PLEASE READ**

- 1 No desea tener uno
- 2 Desea tener uno, dentro de los próximos 12 meses
- 3 Desea tener uno, entre los próximos 12 meses y 2 años
- 4 Desea tener uno, entre los próximos 2 y 5 años
- 5 Desea tener uno, dentro de 5 años o más

**Do not read**

- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA CONTESTAR

## Adverse Childhood Experiences

Ask on questionnaires 12/22.

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

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

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

- 1 Sí
- 2 No

**Do not read**



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

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

- 1 Sí
- 2 No

**Do not read**

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

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

- 1 Sí
- 2 No

**Do not read**

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

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

- 1 Sí
- 2 No

**Do not read**

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

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

- 1 Sí
- 2 No

**Do not read**

- 8 Los padres no estaban casados
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se niega contestar

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

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

**Do not read**

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

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

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

**Do not read**

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

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

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

**Do not read**

- 7 No sabe/No esta seguro

9 Se niega contestar

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

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

**Do not read**

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

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

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

**Do not read**

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

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

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

**Do not read**

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

Como le mencioné cuando comenzamos esta sección, le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos con relación a



estos temas. Usted puede marcar al 1-800-422-4453 para más información o remitirlo a otros recursos.

## Sexual Violence

### *Ask on all questionnaires.*

---

**INTERVIEWER'S SCRIPT:** Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de experiencias sexuales no deseadas. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia sexual y podemos ayudar a otros en el futuro. Este es un tema delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Recuerde que su número de teléfono ha sido elegido al azar y sus respuestas son estrictamente confidenciales. Al final de esta sección le daré los números telefónicos de organizaciones que pueden proporcionar información y referencias para este problema. Por favor, tenga en cuenta que usted me puede pedir saltar cualquier pregunta que no quiera responder.

¿Está usted en un lugar seguro para responder a estas preguntas?

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

Voy a preguntarle acerca de relaciones sexuales no deseadas. El sexo no deseado incluye cosas como poner cualquier cosa en la vagina [**si es mujer**], boca o ano o hacer que usted haga estas cosas a ellos después de que ha dicho o demostrado que no quería. Incluye momentos en los que no pudo dar su consentimiento, por ejemplo, si estaba borracho o dormido, o pensó que iba a ser herido o castigado si se negaba.

**STSV1** ¿Alguien ha tenido relaciones sexuales con usted después de que a dicho o demostrado que no quería hacerlo o sin su consentimiento?

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

**Do not read**

- 7 No sabe/No esta seguro **[Go to closing statement]**
- 9 Se niega contestar **[Go to closing statement]**

**STSV2** En los últimos 12 meses, ¿alguien ha tenido relaciones sexuales con usted o intento tener relaciones sexuales con usted después de que a dicho o demostrado que no quería hacerlo o sin su consentimiento?

- 1 Si

2 No [Go to closing statement]

**Do not read**

7 No sabe/No esta seguro[Go to closing statement]

9 Se niega contestar [Go to closing statement]

**Note: If Q2 = 1 (Yes) or Q2 = 1 (Yes); continue. Otherwise, read closing statement.**

**STSV3** En el momento del incidente más reciente, ¿cuál fue su relación con la persona que tuvo relaciones sexuales, o intento tener relaciones sexuales con usted después de que dijo o demostro que no quería o sin su consentimiento?

**Do not read**

- 01 Actual novio/novia
- 02 Ex novio/novia
- 03 Prometido/a
- 04 Conyuge/Pareja
- 05 Ex conyuge o ex pareja
- 06 Alguien con quien estaba saliendo
- 07 Primera cita
- 08 Amigo/a
- 09 Conocido
- 10 Pesona conocida menos de 24 hrs
- 11 Un completo desconocido
- 12 Padre/Madre
- 13 Padrastro/Madrastra
- 14 Pareja de Padre/Madre
- 15 Suegro/a
- 16 Otro pariente
- 17 Vecino
- 18 Compañero/a de trabajo
- 19 Other non-relative
- 20 Mutiples agresores [Go to closing statement]

7 No sabe/No esta seguro

9 Se niega contestar

**INTERVIEWER NOTE: If the respondent indicates gender of the person, please complete question STSV4. If the respondent does not indicate the gender of the person, please ask question STSV4.**



**STSV4** La persona que hizo esto fue hombre o mujer?

- 1 Hombre
- 2 Mujer

**Do not read**

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

**Closing Statement:** Estamos conscientes que este tema puede hacerle recordar experiencias pasadas de las cuales algunas personas deseen hablar de ellas. Si usted o alguien que usted conoce, le gustaría hablar con un consejero capacitado, por favor llame al 1-800-421-1100. Es una llamada gratuita. ¿Le gustaría que le repita este número?

## Intimate Partner Violence

*Ask on all questionnaires of 12/22 men and women.*

IPV Introduction: Las siguientes preguntas son acerca de distintos tipos de violencia en relaciones con una persona con quien tenía una relación íntima. Al decir “persona con quien tenía una relación íntima” me refiero a cónyuge o novio/a, ya sea actual o pasado. Alguien con quien estaba saliendo o tenía una relación romántica o sexual con usted también se considera “persona con quien tenía una relación íntima”. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia en las relaciones.

Este es un tema muy delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Luego de finalizar esta sección le daré los números telefónicos de las organizaciones que pueden proporcionarle información y otros recursos relativos a estos temas. Por favor recuerde que si no está en un sitio seguro, puede pedirme que no le formule cualquier pregunta que no desee contestar.

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

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

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

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

**Do not read**

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

**IPV2** Durante los ultimos 12 meses una pareja intima le empujo, pego, pateo, estrangulo o lastimo fisicament de alguna otra maner?

- 1 Si
- 2 No [Go to closing statement]

**Do not read**

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

**IPV3** Cuando fue lastimado/a fisicamente por una pareja intima durante los últimos 12 meses ¿recibió ayuda?

- 1 Si
- 2 No [Go to Q5]

**Do not read**

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

**IPV4** Voy a leer una lista de personas y lugares en los que algunas personas reciben ayuda cuando son heridos fisicamente. Para cada una, por favor dígame si fue la persona o lugar quien le ayudo o donde recibió ayuda cuando se lesionó fisicamente por su pareja durante los últimos 12 meses.

Recibio ayuda de? –

**(Please Read, Select Multiple)**

- |          |   |
|----------|---|
| urgencia | <ul style="list-style-type: none"> <li>01 Un miembro de la familia o amigo</li> <li>02 Una sala de emergencia o centro médico de atención de</li> <li>03 Un proveedor de atención médica</li> <li>04 Un consejero, terapeuta o trabajador social</li> <li>05 Un consejero religioso</li> <li>06 Policia</li> <li>07 Un jefe o compañero de trabajo</li> <li>08 # de tel. de violencia doméstica del estado (1-800-897-LINK)</li> <li>09 Otro</li> </ul> |
|----------|---|



**Do not read**

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

**IPV5** Voy a leer una lista de razones que impiden que algunas personas reciban ayuda cuando son heridos físicamente por su pareja. Para cada una, por favor dígame si fue una razón que le impidió recibir ayuda durante los últimos 12 meses.

Fue porque—

**(Please Read, Select Multiple)**

- 01 No lo sabía dónde obtener ayuda
- 02 Usted no tiene el dinero para pagar los servicios
- 03 Tenías miedo de que la persona que la lastimó físicamente se enterara
- 04 Usted pensó que era su culpa que le lastimaron físicamente
- 05 Usted penso que el abuso pararia
- 06 No tenía a alguien que cuidara a sus hijos
- 07 Tenia miedo de que alguien quitara a sus hijos
- 08 No tenia como llegar al lugar
- 09 No queria ninguna ayuda
- 10 Otro

**Do not read**

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

**Closing Statement:** Estamos conscientes de que este tema puede hacerle recordar experiencias pasadas que algunas personas deseen hablar de ellas. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con un consejero capacitado, por favor llame al 1-888-421-1100. Es una llamada gratuita. ¿Le gustaría que le repita este número?

**Asthma Call-Back Permission Script**

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?

(702)

- 1 Si
- 2 No

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

\_\_\_\_\_ Enter first name or initials.

#### Asthma Call-Back Selection

¿Qué persona en el hogar fue seleccionado para volver a llamar para el cuestionario de seguimiento de asma? (703)

- 1 Adult
- 2 Child

#### State Follow-up Question

*If respondent or their child has asthma (they were asked AFU1) 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. ¿Por favor me podría 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 Se niega a dar el number/ no quiere ser llamado otravez

**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.

*Draft*