



2017

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

UTAH: September 19, 2017

CDC: 29 de diciembre de 2016



Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 27 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El ENTREVISTADOR no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcionele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el ENTREVISTADOR no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2017

Índice

Índice.....	3
Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija.....	5
Guion del Entrevistador para Teléfono Celular.....	9
Secciones Básicas.....	13
Sección 1: Estado de Salud.....	13
Sección 2: Días en los que se Siente Bien de Salud y Calidad de Vida en Relación con la Salud.....	13
Sección 3: Acceso a Atención Médica.....	14
Sección 4: Conocimiento Acerca de la Hipertensión.....	15
Sección 5: Conocimiento Acerca del Colesterol.....	16
Sección 6: Afecciones Crónicas.....	16
Módulo 1: Prediabetes.....	20
Módulo 2: Diabetes.....	20
Sección 7: Carga de la Artritis.....	23
Sección 8: Información Demográfica.....	25
Sección 9: Consumo de tabaco.....	34
Sección 10: Cigarrillos-Electrónicos (e-cigarettes).....	36
Sección 11: Consumo de Alcohol.....	37
Sección 12: Frutas y Verduras.....	38
Sección 13: Ejercicio (Actividad Física).....	41
Sección 14: Uso del Cinturón de Seguridad.....	43
Sección 15: Vacunación.....	43
Sección 16: VIH/Sida.....	44
Módulos Opcionales.....	46
Módulo 6: Control de la Artritis.....	46
Módulo 16: Salud Reproductiva y Planificación Familiar.....	47
Módulo 21: Cuidado de Personas.....	49
Módulo 22: Deterioro Cognitivo.....	53
Módulo 24: Factores Sociales Determinantes de la Salud.....	55
Módulo 27: Seguridad con las Armas de Fuego.....	57
Módulo 28: Selección Aleatoria de Niños.....	58
Módulo 29: Prevalencia del Asma Infantil.....	61
Preguntas Adicionales del Estado.....	62
Consumo Excesivo de Alcohol.....	62
Seguro y Acceso.....	64
Intentos de Suicidio.....	70
Sobrevivencia de Cáncer.....	70
Dolor Crónico.....	74
Uso de Medicamentos Recetados.....	74
Autismo Infantil.....	76
Marijuana.....	78
Tabaco.....	80



Guion para Pedir Permiso para Volver a Llamar y Preguntar Sobre el Asma 83
Selección para Llamada de Seguimiento Sobre el Asma 83
Pregunta de Seguimiento del Estado..... 84
Declaración Final..... 84
Lista de Actividades Físicas de Recreación Comunes..... 85

Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija

Formulario aprobado
N.º OMB 0920-1061
Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es de un promedio de 27 minutos por respuesta e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, consultar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, así como concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El ENTREVISTADOR no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcione la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el ENTREVISTADOR no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a 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 deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus prácticas de salud.

LL.1 ¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

- 1 Sí
- 2 No

[CATI /INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH, BUT I SEEM TO HAVE DIALED THE WRONG NUMBER. IT'S POSSIBLE THAT YOUR NUMBER MAY BE CALLED AT A LATER TIME. STOP OR REDIAL.]

PVTRES

LL.2 ¿Estoy hablando a un domicilio particular?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: 'Por domicilio particular queremos decir una vivienda como una casa o apartamento.'

- 1 Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
- 2 No [PASE A RESIDENCIA UNIVERSITARIA]
- 3 No, es solo un teléfono comercial

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' BUSINESS PHONE ONLY: THANK YOU VERY MUCH BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS ON RESIDENTIAL PHONES LINES AT THIS TIME.' STOP]

Residencia Universitaria

LL.3 ¿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.'

- 1 Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
- 2 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: 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

LL4. ¿Usted vive en estos momentos en ____ (estado) ____?

NOTA: Estado de residencia es el estado en el que ha residido por lo menos 30 días consecutivos durante el cual se esta llevando a cabo la encuesta para la que se esta llamando.

- 1 Sí [PASE A TELÉFONOS CELULARES]
- 2 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS WHO LIVE IN UTAH AT THIS TIME. STOP]

Teléfono Celular

LL.5 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

NOTA: 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 y que pueda usarse fuera de su vecindario.'

1 Sí, un telefono celular

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'YES,' THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING BY LAND LINE TELEPHONES FOR PRIVATE RESIDENCES OR COLLEGE HOUSING. STOP]

2 No, no es un telefono celular, continuar

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF COLLEGE HOUSING = 'YES,' CONTINUE; OTHERWISE, GO TO ADULT RANDOM SELECTION.]

Adulto

LL.6 ¿Tiene usted 18 años o más?

NOTA: Se preguntará de nuevo el sexo en la sección de información demográfica.

1 Sí, encuestado es hombre **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
2 Sí, encuestado es mujer **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
3 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS AGED 18 OR OLDER AT THIS TIME. STOP]

Selección Aleatoria de Adulto

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. Excluidos los adultos que viven fuera de la casa, como los estudiantes que viven en la universidad, ¿cuántas personas de su hogar, incluido usted, tienen 18 años o más?

LL.7 ___ 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).

NOTA: Se preguntará de nuevo el sexo en la sección de información demográfica.

[GO TO 'CORRECT RESPONDENT.']

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' IS THE ADULT A MAN OR A WOMAN? ENTER 1 MAN OR 1 WOMAN BELOW. MAY I SPEAK WITH [FILL IN (HIM/HER) FROM PREVIOUS QUESTION]?]

[GO TO 'CORRECT RESPONDENT' BEFORE SECTION 1.]

LL.8 ¿Cuántos de estos adultos son hombres?

___ Cantidad de hombres

O sea que el número de mujeres en el hogar es ___

___ Cantidad de mujeres

¿Correcto?

NOTA: Confirme el número de mujeres adultas o clarique el número total de adultos en el hogar.

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

Si 'usted,' [GO TO 'CORRECT RESPONDENT' BEFORE SECTION 1].

Guion del Entrevistador para Teléfono Celular

Formulario aprobado
N.º OMB 0920-1061
Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es de un promedio de 27 minutos por respuesta e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, consultar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, así como concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El ENTREVISTADOR no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcionele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el ENTREVISTADOR no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a 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 deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus prácticas de salud.

CP.1 ¿ Es un tiempo seguro para hablar con usted?

- 1 Sí [PASE A TELÉFONO]
2 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH. WE WILL CALL YOU BACK AT A MORE CONVENIENT TIME. (SET APPOINTMENT IF POSSIBLE.) STOP]

Teléfono

CP.2 ¿Hablo con el **(número de teléfono)** ?

- 1 Sí [PASE A TELÉFONO CELULAR]

2 No [NOTA: Si no, confirme el número de teléfono.]

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH, BUT I SEEM TO HAVE DIALED THE WRONG NUMBER. IT'S POSSIBLE THAT YOUR NUMBER MAY BE CALLED AT A LATER TIME. STOP]

Teléfono celular

CP.3 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: 'Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario.'

1 Sí [PASE A ADULTO]
2 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING CELL TELEPHONES AT THIS TIME. STOP]

Adulto

CP.4 ¿Tiene usted 18 años o más?

NOTA: Se preguntará de nuevo el sexo en la sección de información demográfica.

1 Sí, el encuestado es hombre [PASE A DOMICILIO PARTICULAR]
2 Sí, el encuestado es mujer [PASE A DOMICILIO PARTICULAR]
3 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS AGED 18 OR OLDER AT THIS TIME. STOP]

Domicilio Particular

CP.5 ¿Usted vive en un domicilio particular?

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

1 Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
2 No [PASE A RESIDENCIA UNIVERSITARIA]

Residencia Universitaria

CP.6 ¿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.'

- 1 Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
- 2 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: 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

CP.7 ¿Usted vive en estos momentos en ____ (estado) ____?

NOTA: Estado de residencia es el estado en el que ha residido por lo menos 30 días consecutivos durante el cual se esta llevando a cabo la encuesta para la que se esta llamando.

- 1 Sí [PASE A LÍNEA TELEFÓNICA FIJA]
- 2 No [PASE A ESTADO]

Estado

CP.8 ¿En qué estado vive usted en estos momentos?

_____ INGRESE EL CÓDIGO FIPS DEL ESTADO

Línea Telefónica Fija

CP. 9 ¿Tiene usted también un teléfono fijo en su casa que se utilice para hacer y recibir llamadas?

NOTA: 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 fijo queremos decir un teléfono 'regular' de los que se usan en las casas para hacer o recibir llamadas. Por favor incluya los teléfonos fijos tanto de uso comercial como privado.'

- 1 Sí
- 2 No

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF COLLEGE HOUSING = 'YES,' DO NOT ASK NUMBER OF ADULTS QUESTIONS, GO TO CORE.]

NUMADULT

CP.10 ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

___ Cantidad de adultos

99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF COLLEGE HOUSING = 'YES,' THEN NUMBER OF ADULTS IS AUTOMATICALLY SET TO 1.]

Secciones Básicas

[CATI/INTERVIEWER NOTE: ITEMS IN PARENTHESES ANYWHERE THROUGHOUT THE QUESTIONNAIRE DO NOT NEED TO BE READ.]

Para Corregir al Encuestado:

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **1-888-222-2542**.

Sección 1: Estado de Salud

- 1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es excelente, muy bueno, bueno, regular, o malo? (90)
- 1 EXCELENTE
 - 2 MUY BUENO
 - 3 BUENO
 - 4 REGULAR
 - 5 MALO
 - 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 2: Días en los que se Siente Bien de Salud y 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
- 88 NINGUNO
 - 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 99 SE NIEGA A CONTESTAR
- 2.2 Ahora, piense en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena? (93-94)
- Cantidad de días

88 NINGUNO [CATI NOTE: IF C02Q01 AND C02Q02 = 88 (NONE), GO TO NEXT SECTION.]

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(95-96)

-- Cantidad de días

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 3: Acceso a Atención Médica

3.1 ¿Tiene algún tipo de cobertura de atención médica, por ejemplo, un seguro médico, un plan prepagado como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada), un plan gubernamental como Medicare o del Servicio de Salud Indígena?

(97)

1 Sí

2 No

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(98)

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

1 Sí, solo una

2 Más de una

3 No

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(99)

1 Sí

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

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

(100)

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

Sección 4: Conocimiento Acerca de la Hipertensión

1. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión arterial alta?

(101)

NOTA: Si la respuesta es 'Sí' y la persona encuestada es MUJER, pregúntele: ¿Esto fue únicamente durante su embarazo?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: Por 'otro profesional de la salud' nos referimos a una enfermera especializada, un auxiliar médico o algún otro profesional de la salud con licencia para ejercer.

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se le comunicó esto a la mujer solo durante su embarazo **[GO TO NEXT SECTION]**
- 3 No **[GO TO NEXT SECTION]**
- 4 Se le dijo que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertensa **[GO TO NEXT SECTION]**
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

4.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta?
(102)

- 1 Sí
- 2 No

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

Sección 5: Conocimiento Acerca del Colesterol

- 5.1 El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su último análisis de colesterol en la sangre? (103)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 1 Nunca **[GO TO NEXT SECTION]**
- 2 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

- 5.2 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto? (104)

- 1 Sí
- 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]**

- 5.3 ¿Está tomando en la actualidad medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud para controlar el colesterol en la sangre? (105)

- 1 Sí
- 2 No

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

Sección 6: Afecciones Crónicas

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

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

- 1 Sí
- 2 No

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

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

- 1 Sí
- 2 No

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

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

- 1 Sí
- 2 No

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

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

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C06Q6]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C06Q6]

6.5 ¿Usted todavía tiene asma? (110)

- 1 Sí
- 2 No

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

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

1 Sí
2 No

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

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

1 Sí
2 No

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

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

1 Sí
2 No

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

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

1 Sí
2 No

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

NOTA: El diagnóstico de la artritis incluye:

- reumatismo, polimialgia reumática
- artrosis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanete, codo de tenista (epicondilitis)
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección en las articulaciones, síndrome de reiter
- espondilitis anquilosante; espondilosis
- síndrome del manguito rotador
- enfermedad del tejido conjuntivo, esclerodermia, polimiositis, síndrome de Raynaud

■ vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa)

6.10 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia) o depresión leve? (115)

- 1 Sí
- 2 No

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

6.11 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía una enfermedad renal (de los riñones)? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga ni incontinencia). (116)

NOTA: Incontinencia es no poder controlar el flujo de la orina.

- 1 Sí
- 2 No

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

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

NOTA: Si la respuesta es 'sí' y la persona encuestada es MUJER, pregúntele: ¿Esto fue únicamente durante el embarazo?

NOTA: 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 C06Q12 = 1 (YES), GO TO NEXT QUESTION. IF ANY OTHER RESPONSE, TO C06Q12, GO TO PRE-DIABETES OPTIONAL MODULE (IF USED). OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]

6.13 ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes?

(118-119)

_ _ Codifique la edad en años **[CATI/INTERVIEWER NOTE: 97 = 97 AND OLDER.]**

- 98 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: GO TO DIABETES OPTIONAL MODULE (IF USED). OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]

Módulo 1: Prediabetes

[CATI NOTE: ASK PRE-DIABETES OPTIONAL MODULE 1 QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE 12/22.]

[CATI NOTE: ONLY ASKED OF THOSE NOT RESPONDING 'YES' (CODE = 1) TO C06Q12 (DIABETES AWARENESS QUESTION).]

1. ¿Se ha hecho un análisis de sangre para detectar niveles altos de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (290)

- 1 Sí
- 2 No

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

[CATI NOTE: IF C06Q12 = 4 (NO, PRE-DIABETES OR BORDERLINE DIABETES), ANSWER M01Q02 =1 (YES).]

2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa? (291)

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Si la respuesta es 'sí' y la persona encuestada es MUJER, pregúntele: ¿Esto fue únicamente durante su embarazo?

- 1 Sí
- 2 Sí, durante el embarazo
- 3 No

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

Módulo 2: Diabetes

[CATI NOTE: ASK DIABETES OPTIONAL MODULE 2 QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE 11/21.]

[CATI NOTE: TO BE ASKED FOLLOWING C06Q13, IF C06Q12 = 1 (YES).]

1. ¿Está usando insulina? (292)

- 1 Sí
- 2 No

9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(293-295)

NOTA: Ingrese la cantidad por día, por semana, por mes o por año.

NOTA: Si la persona encuestada utiliza un sistema de control continuo de la glucosa (un sensor insertado bajo la piel para controlar los niveles de glucosa de manera continua), ingrese '98' veces al día = 198.

- 1__ Veces al día
- 2__ Veces a la semana
- 3__ Veces al mes
- 4__ Veces al año

888 NUNCA
777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
999 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(296-298)

NOTA: Ingrese la cantidad por día, por semana, por mes o por año.

- 1__ Veces al día
- 2__ Veces a la semana
- 3__ Veces al mes
- 4__ Veces al año
- 555 No tiene pies

888 NUNCA
777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
999 SE NIEGA A CONTESTAR

4. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (299-300)

NOTA: Si es más de 76 veces, ingresa '76.'

-- Cantidad de veces [76 = 76 o más]

- 88 NINGUNA
77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(301-302)

NOTA: Si es más de 76 veces, ingresa '76.'

-- Cantidad de veces [**CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.**]

- 88 NINGUNA
98 NUNCA HA OÍDO HABLAR DE LA PRUEBA 'A1C'
77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF M02Q03 = 555 (NO FEET), GO TO M02Q07.]

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

(303-304)

NOTA: Si es más de 76 veces, ingresa '76.'

-- Cantidad de veces [**CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.**]

- 88 NINGUNA
77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(305)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 1 En el mes pasado (hace menos de 1 mes)
2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses)

- 3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 4 Hace 2 años o más
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 8 NUNCA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(306)

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

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

(307)

- 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]**

[CATI NOTE: ASK 'STDMEDU4' ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

[CATI NOTE: ASK ONLY IF M02Q09=1 (YES).]

STDMEDU4 ¿Se tomó este curso o clase en los últimos 12 meses?

(910)

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

Sección 7: Carga de la Artritis

[CATI NOTE: IF C06Q09 = 1 (YES), THEN CONTINUE, ELSE GO TO NEXT SECTION.]

Ahora le voy a hacer preguntas sobre la artritis. La artritis puede causar síntomas como dolor, molestias o rigidez en una articulación o alrededor de ella.

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

(120)

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

- 1 Sí
- 2 No

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

NOTA: C07Q02 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral estatus.

7.2 En la pregunta siguiente, nos referimos a un trabajo remunerado. ¿Los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones impiden actualmente su trabajo, afectan el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace?

(121)

NOTA: Si la persona encuestada responde a cada una de esas preguntas (si el encuestado trabaja o no, tipo de trabajo y cantidad de trabajo) y alguna de las respuestas es 'Sí,' marque toda la respuesta como 'Sí.'
Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el entrevistador debe decir: 'Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento.'

- 1 Sí
- 2 No

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

7.3 En los últimos 30 días, ¿en qué medida los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones han afectado sus actividades sociales normales, como ir de compras, al cine, o a reuniones religiosas o sociales? Diría usted que...

(122)

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

POR FAVOR LEER:

- 1 Mucho
- 2 Poco
- 3 Para nada

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

7.4 Por favor, piense en los últimos 30 días, intentando recordar todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si tomó o no medicamentos. En una escala de 0 a 10, donde 0 es ningún dolor ni molestia y 10 es el peor dolor posible, DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿qué tan intenso fue EN PROMEDIO su dolor en las articulaciones?
(123-124)

-- Ingrese el número [00-10]

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

Sección 8: Información Demográfica

8.1 ¿Es usted hombre o mujer?

(125)

NOTA: Haga esta pregunta incluso si ya se identificó el sexo del encuestado durante la enumeración de las personas del hogar en la llamada al teléfono fijo o en las preguntas de selección iniciales en la llamada al teléfono celular.

- 1 HOMBRE
- 2 MUJER
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

8.2 ¿Qué edad tiene?

(126-127)

-- Codifique la edad en años

- 07 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 09 SE NIEGA A CONTESTAR

8.3 ¿Es usted latino o hispano, o de origen español?

(128-131)

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

NOTA: Es posible seleccionar una o más categorías.

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

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

8.4 ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece?
(132-159)

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

NOTA: Si se selecciona 40 (Asiático) o 50 (Iseño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

POR FAVOR LEER:

- 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 Iseño del Pacífico
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano
 - 54 Otro iseño del Pacífico
- 60 OTRO
- 88 DO NOT USE
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF MORE THAN ONE RESPONSE TO C08Q04; CONTINUE. OTHERWISE, GO TO C08Q06.]

8.5 ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza?
(160-161)

NOTA: Si se selecciona 40 (Asiático) o 50 (Islaño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal. Si el encuestado ha seleccionado múltiples razas en preguntas previas y se niega a escoger una sola, codifique como 'SE NIEGA A CONTESTAR.'

POR FAVOR LEER:

- 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 Islaño del Pacífico
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano
 - 54 Otro islaño del Pacífico
 - 60 OTRO
 - 88 DO NOT USE
 - 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 99 SE NIEGA A CONTESTAR
- 8.6 ¿Es usted casado, divorciado, viudo, separado, nunca estuvo casado o vive en pareja sin estar casado? (162)
- 1 CASADO
 - 2 DIVORCIADO
 - 3 VIUDO
 - 4 SEPARADO
 - 5 NUNCA ESTUVO CASADO O
 - 6 VIVE EN PAREJA SIN ESTAR CASADO
 - 9 SE NIEGA A CONTESTAR
- 8.7 ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha completado? (163)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

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

- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

8.8 ¿Vive en casa propia o rentada? (164)

NOTA: 'Otra situación de vivienda' 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.

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: Si el encuestado pregunta por qué le estamos haciendo esta pregunta responda 'hacemos esta pregunta para comparar indicadores de salud entre personas con distintas situaciones de vivienda.'

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda

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

8.9 ¿En qué condado vive usted en estos momentos? (165-167)

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

- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

8.10 ¿Cuál es el código postal de donde vive en estos momentos? (168-172)

_ _ _ _ _ Código postal

- 77777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99999 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF CELL PHONE INTERVIEW, SKIP TO C08Q14 (QSTVER GE 20).]

8.11 ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax.

(173)

- 1 Sí
- 2 No [GO TO C08Q13]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C08Q13]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C08Q13]

8.12 ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares?

(174)

~~Números de teléfono particulares [6 = 6 o más] 3/14/17: Formatting of English and Spanish Word documents for this question is different than in the Ci3 code.~~

- 1 Uno
- 2 Dos
- 3 Tres
- 4 Cuatro
- 5 Cinco
- 6 Seis o más
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

8.13 Includidos los teléfonos celulares para uso comercial y personal, ¿tiene usted un teléfono celular para uso personal?

(175)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 NO SABE / NO ESTÁ 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?

(176)

NOTA: 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.

- 1 Sí
- 2 No

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

8.15 ¿Es usted actualmente empleado asalariado, trabajador independiente, desempleado por 1 año o más, desempleado por menos de 1 año, mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa, estudiante, jubilado, o no puede trabajar?

(177)

NOTA: Si es más de una, 'Seleccione la categoría que mejor lo describa.'

NOTA: No use el código 7 para 'no sabe' en esta pregunta.

- 1 EMPLEADO ASALARIADO
- 2 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
- 3 DESEMPLEADO POR 1 AÑO O MÁS
- 4 DESEMPLEADO POR MENOS DE 1 AÑO
- 5 MUJER U HOMBRE QUE SE OCUPA DE LAS TAREAS DE LA CASA
- 6 ESTUDIANTE
- 7 JUBILADO
- 8 NO PUEDE TRABAJAR
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

8.16 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

(178-179)

_ _ Cantidad de niños

- 88 NINGUNO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

8.17 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:

(180-181)

NOTA: Si la persona encuestada no desea responder a ninguno de los diferentes niveles de ingresos, ingrese el código '99' (SE NIEGA A CONTESTAR).

- 04 Menos de \$25 000 **Si la respuesta es 'no,' pregunte 05; si es 'sí,' pregunte 03.**
(Entre \$20 000 y menos de \$25 000)
- 03 Menos de \$20 000 **Si la respuesta es 'no,' codifique 04; si es 'sí,' pregunte 02.**
(Entre \$15 000 y menos de \$20 000)
- 02 Menos de \$15 000 **Si la respuesta es 'no,' codifique 03; si es 'sí,' pregunte 01.**

- (Entre \$10 000 y menos de \$15 000)
- 01 Menos de \$10 000 **Si la respuesta es ‘no,’ codifique 02.**
 - 05 Menos de \$35 000 **Si la respuesta es ‘no,’ pregunte 06.**
(Entre \$25 000 y menos de \$35 000)
 - 06 Menos de \$50 000 **Si la respuesta es ‘no,’ pregunte 07.**
(Entre \$35 000 y menos de \$50 000)
 - 07 Menos de \$75 000 **Si la respuesta es ‘no,’ codifique 08.**
(Entre \$50 000 y menos de \$75 000)
 - 08 \$75 000 o más
 - 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK ‘UTIncome’ ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: THESE RESPONSE CATEGORIES ARE INCORPORATED INTO C08Q17. WE NEED TO BE ABLE TO REPORT THE C08Q17 CATEGORIES TO THE CDC, BUT WE WANT TO LOOK AT THESE FINER CATEGORIES AT THE STATE LEVEL.]

UTIncome

(901-902)

- 01 \$5,000 pero menos de \$10,000
- 02 \$10,000 pero menos de \$15,000
- 03 \$15,000 pero menos de \$20,000
- 04 \$20,000 pero menos de \$25,000
- 05 \$25,000 pero menos de \$30,000
- 06 \$30,000 pero menos de \$35,000
- 07 \$35,000 pero menos de \$40,000
- 08 \$40,000 pero menos de \$45,000
- 09 \$45,000 pero menos de \$50,000
- 10 \$50,000 pero menos de \$55,000
- 11 \$55,000 pero menos de \$60,000
- 12 \$60,000 pero menos de \$65,000
- 13 \$65,000 pero menos de \$70,000
- 14 \$70,000 pero menos de \$75,000
- 15 \$75,000 o más
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

8.18 ¿Ha usado Internet en los últimos 30 días?

(182)

- 1 Sí

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

8.19 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (183-186)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique '9' en la columna 183. Redondee los decimales o las fracciones hacia arriba.

__ __ __ __ *Peso (libras/kilogramos)*

- 7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9999 SE NIEGA A CONTESTAR

8.20 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (187-190)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique '9' en la columna 187. Redondee los decimales o las fracciones hacia abajo.

__ / __ *Estatura (pies/pulgadas/metros/centímetros)*

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

[CATI NOTE: IF MALE, GO TO 'SEXOR'; IF FEMALE RESPONDENT IS 50 YEARS OLD OR OLDER, GO TO 'SEXOR.']

8.21 Que usted sepa, ¿está embarazada? (191)

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

[CATI NOTE: ASK 'SEXOR' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

Las siguientes dos preguntas son acerca de la orientación e identidad sexual.

SEXOR Usted se considera 1, heterosexual; 2, lesbiana o gay; o 3, bisexual?

NOTA: Hacemos estas preguntas para entender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con distintas orientaciones sexuales.

NOTA: Por favor, diga el número que se encuentra antes del texto de la respuesta. La persona encuestada puede responder ya sea con el número o con el texto o palabras.

- 1 HETEROSEXUAL
- 2 LESBIANA O GAY
- 3 BISEXUAL
- 4 OTRO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

Algunas personas que son sordas o tienen gran dificultad para oír pueden usar o no usar equipo para comunicarse por teléfono.

8.22 ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír? (192)

- 1 Sí
- 2 No

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

8.23 ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa lentes? (193)

- 1 Sí
- 2 No

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

8.24 Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones? (194)

- 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? (195)

- 1 Sí

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

8.26 ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

(196)

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

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

(197)

- 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?

(198)

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

NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos.

- 1 Sí
- 2 No [GO TO C09Q05]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C09Q05]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C09Q05]

9.2 Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

(199)

- 1 TODOS LOS DÍAS
- 2 ALGUNOS DÍAS
- 3 NUNCA [GO TO C09Q04]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C09Q05]

9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C09Q05]

9.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (200)

1 Sí [GO TO QUIT30]
2 No [GO TO C09Q05]

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C09Q05]
9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C09Q05]

[CATI NOTE: ASK 'QUIT30' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: ASK ONLY IF C09Q03 = 1 (YES).]

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

1 Sí [GO TO C09Q05]
2 No [GO TO C09Q05]

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C09Q05]
9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C09Q05]

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

(201-202)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 01 En el último mes (hace menos de 1 mes)
- 02 En los últimos 3 meses (hace más de 1 mes pero menos de 3)
- 03 En los últimos 6 meses (hace más de 3 meses pero menos de 6)
- 04 En el último año (hace más de 6 meses, pero menos de 1 año)
- 05 En los últimos 5 años (hace más de 1 año, pero menos de 5)
- 06 En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10)
- 07 10 años o más
- 08 Nunca ha fumado de manera regular
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(203)

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.

- 1 TODOS LOS DÍAS
- 2 ALGUNOS DÍAS
- 3 NUNCA
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 10: Cigarrillos-Eléctricos (*e-cigarettes*)

Las siguientes preguntas son sobre los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos o e-cigarettes) y otros productos de 'vapor' electrónicos. Estos productos por lo general contienen nicotina, sabores y otros ingredientes. No incluya productos usados solo para la marihuana.

NOTA: Estas preguntas se refieren a productos de 'vapor' electrónicos para el consumo de nicotina. en estas preguntas no se incluye el uso de productos de 'vapor' electrónicos para el consumo de marihuana.

- 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?

(204)

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO: Los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos o e-cigarettes) y otros productos de 'vapor' electrónicos incluyen 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.

- 1 Si
- 2 No

[GO TO NEXT SECTION]

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

[GO TO NEXT SECTION]
[GO TO NEXT SECTION]

- 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 nunca?

(205)

- 1 TODOS LOS DÍAS
- 2 ALGUNOS DÍAS
- 3 NUNCA
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 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 un licor?
(206-208)

1__ Días por semana
2__ Días en los últimos 30 días

888 NINGÚN TRAGO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS [GO TO NEXT SECTION]
777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]
999 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

- 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?

(209-210)

NOTA: Una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un coctel con 2 medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.

-- Cantidad de tragos

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 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 [**CATI NOTE: X = 5 FOR MEN, X = 4 FOR WOMEN**] tragos o más?

(211-212)

-- Cantidad de veces

88 NINGUNA
77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(213-214)

-- Cantidad de tragos

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

Sección 12: Frutas y Verduras

Ahora piense en los alimentos que comió o bebió, incluidas comidas y refrigerios, durante el último mes, es decir, en los últimos 30 días.

NOTA: Si un encuestado indica que consume un alimento todos los días, ingrese el número de veces por día. Si el encuestado indica que consume un alimento menos de una vez por día, ingrese las veces por semana o por mes. NO INGRESE VECES POR DÍA A MENOS QUE EL ENCUESTADO REPORTE QUE CONSUMIÓ ESE ALIMENTO TODOS LOS DÍAS DURANTE EL ÚLTIMO MES.

- 12.1 Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come frutas? ¿Me puede decir la cantidad de veces por día, por semana o por mes?

(215-217)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA QUÉ INCLUIR O DICE 'NO SÉ': Incluya la fruta fresca, congelada o enlatada no incluya frutas secas.

1 __ Día
2 __ Semana
3 __ Mes

300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
555 NUNCA
777 NO SABE
999 SE NIEGA A CONTESTAR

- 12.2 Sin incluir bebidas con sabor a fruta ni jugos de frutas a los que se agrega azúcar, ¿con qué frecuencia bebió jugo 100 % de fruta como jugo de manzana o naranja?

(218-220)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana o por mes?'

LEA SI EL ENTREVISTADOR PIDE EJEMPLOS DE BEBIDAS CON SABOR A FRUTA: No incluya bebidas con sabor a fruta a las que se agrega azúcar, como bebidas con arándano (*Cranberry Cocktail*), *Hi-C*, *lemonade*, *Kool-Aid*, *Gatorade*, *Tampico* y *Sunny Delight*. Incluya solamente jugos 100 % puros o mezclas de jugos 100 % puros.

1 __ Día
2 __ Semana
3 __ Mes

300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
555 NUNCA
777 NO SABE

999 SE NIEGA A CONTESTAR

12.3 ¿Con qué frecuencia comió una ensalada de hojas verdes o lechuga, con o sin otras verduras?

(221-223)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA ACERCA DE LAS ESPINACAS: 'Incluya las ensaladas de espinacas.'

1 __ Día
2 __ Semana
3 __ Mes

300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
555 NUNCA
777 NO SABE
999 SE NIEGA A CONTESTAR

12.4 ¿Con qué frecuencia comió usted algún tipo de papa frita, incluidas las papas a la francesa, las papas salteadas (*home fries*) o *'hash browns'*?

(224-226)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana o por mes?'

LÉA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE LAS PAPITAS FRITAS ('POTATO CHIPS'): No incluya las papitas fritas o *'potato chips.'*

1 __ Día
2 __ Semana
3 __ Mes

300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
555 NUNCA
777 NO SABE
999 SE NIEGA A CONTESTAR

12.5 ¿Con qué frecuencia comió usted algún otro tipo de papa o camote (batata), como papas al horno, hervidas, en puré o en ensalada?

(227-229)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA ACERCA DE QUÉ TIPOS DE PAPA INCLUIR: Incluya todos los tipos de papa excepto las fritas. incluya las papas gratinadas, las papas al escalope. No incluya 'potato chips.'

- 1 __ Día
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

12.6 Sin incluir ensaladas de lechuga ni papas, ¿con qué frecuencia comió otras verduras? (230-232)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA QUÉ INCLUIR: Incluya tomates, ejotes (habichuelas verdes), zanahorias, maíz, repollo, brotes o germinados de frijol, berza y brócoli. incluya verduras crudas, cocidas, enlatadas o congeladas. no incluya el arroz.

- 1 __ Día
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK 'FAMDIN1' ON QUESTIONNAIRES 11/21.]

FAMDIN1 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, semana o mes, todos o la mayoría de su familia que vivían en su casa comían juntos?

(905-907)

NOTA: Esta pregunta se hace sólo si hay niños menores de 18 años en el hogar

- 1__ Día
- 2__ Semana
- 3__ Mes

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 13: Ejercicio (Actividad Física)

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

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

13.1 En el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, hacer ejercicios calisténicos, jugar al golf, realizar actividades de jardinería o caminar?

(233)

1 Sí

2 No

[GO TO C13Q08]

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

[GO TO C13Q08]

9 SE NIEGA A CONTESTAR

[GO TO C13Q08]

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Si las actividades del encuestado no está incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción 'otra.'

13.2 ¿A qué tipo de actividad o ejercicio físico dedicó más tiempo durante el mes pasado?

(234-235)

__ (Especifique) [VEA LA LISTA DE CÓDIGOS PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA]

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

[GO TO C13Q08]

99 SE NIEGA A CONTESTAR

[GO TO C13Q08]

13.3 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?

(236-238)

1__ Veces por semana

2__ Veces por mes

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

13.4 Y cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?

(239-241)

_:__ Horas y minutos

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción 'otra.'

13.5 ¿Cuál fue el segundo tipo de actividad física con el que más hizo ejercicio el mes pasado?

(242-243)

__ (Especifique) **[VEA LA LISTA DE CÓDIGOS PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA]**

88 NINGUNA OTRA ACTIVIDAD **[GO TO C13Q08]**

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C13Q08]**

99 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C13Q08]**

13.6 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?

(244-246)

1__ Veces por semana

2__ Veces por mes

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

13.7 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?

(247-249)

_:__ Horas y minutos

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

13.8 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos? NO cuente ejercicios aeróbicos como caminar, correr o andar en bicicleta. Cuente actividades en las que usa su propio peso corporal, como yoga, abdominales y lagartijas, y aquellas en las que usa máquinas de pesas, pesas sueltas o bandas elásticas.

(250-252)

1__ Veces por semana

2__ Veces por mes

888 NUNCA

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK 'STAB05' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

STAB05 Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días caminó hacia y desde el trabajo, para hacer recados, o para ir de un lugar a otro? Incluya solamente los días que usted caminó por lo menos 10 minutos y no incluya el caminar para la diversion o el ejercicio.

(908-909)

-- Días en los últimos 30

- 88 NADA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 14: Uso del Cinturón de Seguridad

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

(253)

POR FAVOR LEER:

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

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 8 NUNCA MANEJA NI VIAJA EN AUTOMÓVIL
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 15: 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™.

15.1 En los últimos 12 meses, ¿le pusieron una vacuna inyectable contra la influenza o una vacuna en atomizador en la nariz contra la influenza?

(254)

LEA LO SIGUIENTE SOLO 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 C15Q03]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C15Q03]
9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C15Q03]

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

(255-260)

__ / ____ Mes/Año

- 77 / 7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 / 9999 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(261)

- 1 Sí
2 No

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

[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS LESS THAN 50 YEARS OF AGE, GO TO NEXT SECTION.]

15.4 ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la culebrilla o herpes zóster?

(262)

NOTA (LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO): La culebrilla es causada por el virus de la varicela. es un brote de sarpullido o ampollas en la piel que puede ser muy doloroso. Desde mayo del 2006 existe una vacuna contra la culebrilla; se llama ZOSTAVAX®, vacuna contra el herpes zóster o vacuna contra la culebrilla (*shingles*, en inglés).

- 1 Sí
2 No

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

Sección 16: VIH/Sida

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el sida. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer

preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

16.1 ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de secreciones bucales. (263)

- 1 Sí
- 2 No [GO TO C16Q03]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C16Q03]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C16Q03]

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

NOTA: Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique 'No sabe.'

NOTA: Si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, marque los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.

__/____ Codifique mes y año

- 77/7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99/9999 SE NIEGA A CONTESTAR / NO ESTÁ SEGURO

16.3 Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de esas situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme qué situación es. (270)

Se ha inyectado alguna droga distinta de aquellas que le recetaron el año pasado.
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

Módulos Opcionales

Módulo 6: Control de la Artritis

[CATI NOTE: ASK ARTHRITIS MANAGEMENT OPTIONAL MODULE 6 QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]

[CATI NOTE: IF C06Q09 = 1 (YES), CONTINUE. OTHERWISE, GO TO NEXT MODULE.]

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

(331)

POR FAVOR LEER:

- 1 Puedo hacer todo lo que me gustaría hacer
- 2 Puedo hacer casi todo lo que me gustaría hacer
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que me gustaría hacer
- 4 Casi no puedo hacer nada de lo que me gustaría hacer

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

2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha indicado que perder peso puede ser bueno para aliviar los síntomas de la artritis o en las articulaciones?

(332)

- 1 Sí
- 2 No

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

3. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha sugerido que realice actividad física o ejercicio para aliviar los síntomas de artritis o en las articulaciones?

(333)

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

- 1 Sí
- 2 No

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

4. ¿Alguna vez ha tomado una clase o un curso para aprender cómo controlar los problemas relacionados con los síntomas de la artritis o en las articulaciones?
(334)

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

Módulo 16: Salud Reproductiva y Planificación Familiar

[CATI NOTE: ASK PRECONCEPTION HEALTH/FAMILY PLANNING OPTIONAL MODULE 16 QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS FEMALE AND GREATER THAN 49 YEARS OF AGE, HAS HAD A HYSTERECTOMY, IS PREGNANT, OR IF RESPONDENT IS MALE, GO TO THE NEXT MODULE.]

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

1. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿usted o su esposo/pareja hicieron algo para evitar un embarazo?

(436)

- | | | |
|---|---|---------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [GO TO M17Q03] |
| 3 | No tiene pareja/no tiene actividad sexual | [GO TO STFP4] |
| 4 | Pareja del mismo sexo | [GO TO STFP4] |
| 5 | Le hicieron una histerectomía | [GO TO NEXT MODULE] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO M17Q03] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO M17Q03] |

2. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo?

(437-438)

NOTA: Si la encuestada indica más de un método anticonceptivo, anote el método que aparezca primero en la lista.

NOTA: Si la encuestada indica usar 'condones,' pregúntele si son 'condones de mujer' o 'condones de hombre.'

NOTA: Si la encuestada indica usar 'DIU' (dispositivo intrauterino), pregunte para saber si es 'DIU de Levonorgestrel' o 'DIU de alambre de cobre.'

NOTA: Si la encuestada responde 'otro método,' pídale que por favor 'especifique' y asegúrese de que la respuesta no corresponda a otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márquela adecuadamente.

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 01 Esterilización femenina (p. ej., ligadura de trompas, Essure, Adiana) **[GO TO NEXT MODULE]**
- 02 Esterilización masculina (vasectomía) **[GO TO NEXT MODULE]**
- 03 Implante anticonceptivo (p. ej., Implanon) **[GO TO STFP4]**
- 04 DIU de levonorgestrel (LNG) o DIU hormonal (p. ej., Mirena) **[GO TO STFP4]**
- 05 DIU de alambre de cobre (p. ej., ParaGard) **[GO TO STFP4]**
- 06 DIU de tipo desconocido **[GO TO STFP4]**
- 07 Inyecciones (p. ej., Depo-Provera) **[GO TO STFP4]**
- 08 Pastillas anticonceptivas de cualquier tipo **[GO TO STFP4]**
- 09 Parche anticonceptivo (p. ej., Ortho Evra) **[GO TO STFP4]**
- 10. Anillo anticonceptivo (p. ej., NuvaRing) **[GO TO STFP4]**
- 11 Condones para hombres **[GO TO STFP4]**
- 12 Diafragma, capuchón cervical **[GO TO STFP4]**
- 13 Condones para mujeres **[GO TO STFP4]**
- 14 No tiene relaciones sexuales en ciertos días (método del ritmo o método anticonceptivo natural) **[GO TO STFP4]**
- 15 Retiro antes de la eyaculación (eyacula afuera) **[GO TO STFP4]**
- 16 Espuma, gel, película o crema anticonceptiva **[GO TO STFP4]**
- 17 Anticonceptivos de emergencia (pastilla de la 'mañana siguiente') **[GO TO STFP4]**
- 18 Otro método **[GO TO STFP4]**
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

Algunas de las razones que pudo haber tenido para no evitar un embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales pueden ser: desear un embarazo, no tener dinero para comprar un método anticonceptivo o no pensar que puede quedar embarazada.

- 3. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿cuál fue la razón principal por la que usted no hizo nada para evitar un embarazo? (439-440)

NOTA: Si la encuestada responde 'otra razón,' pídale que 'por favor especifique' y asegúrese de que la respuesta no corresponda a otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márquela adecuadamente.

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 01 No pensaba que iba a tener una relación sexual/no tiene una pareja fija
- 02 Simplemente no lo pensó
- 03 No le importaba si quedaba embarazada

- 04 Quería quedar embarazada
- 05 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
- 06 A usted o a su pareja no les gustan los métodos anticonceptivos o sus efectos secundarios
- 07 No tenía dinero para comprar un método anticonceptivo
- 08 Tuvo un problema para conseguir un método anticonceptivo cuando lo necesitaba
- 09 Razones religiosas
- 10 Interrumpió brevemente el uso de un método anticonceptivo
- 11 No cree que usted o su pareja puedan tener hijos (infértil o edad avanzada)
- 12 Tenía las trompas ligadas (esterilización)
- 13 Le hicieron una histerectomía.
- 14 A su pareja le hicieron una vasectomía (esterilización)
- 15 Está amamantando actualmente
- 16 Acababa de tener un bebé/posparto
- 17 Está embarazada ahora
- 18 Su pareja es del mismo sexo
- 19 Otras razones

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK 'STFP4' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

STFP4 ¿Cómo se siente acerca de tener un hijo ahora o en algún momento en el futuro? Diría usted que...

(911)

FOR FAVOR LEER:

- 1 No quiere tener uno
- 2 Quiere tener uno en menos de 12 meses
- 3 Quiere tener uno entre 12 meses pero menos de 2 años
- 4 Quiere tener uno entre 2 años pero menos de 5 años
- 5 Quiere tener uno en 5 años o más

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

Módulo 21: Cuidado de Personas

[CATI NOTE: ASK CAREGIVING OPTIONAL MODULE 21 QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]

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

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

(457)

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

- | | | |
|---|---|---------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [GO TO M21Q09] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO M21Q09] |
| 8 | LA PERSONA A LA QUE CUIDABA FALLECIÓ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | [GO TO NEXT MODULE] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO M21Q09] |

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

(458-459)

NOTA: Si se trata de más de una persona, diga lo siguiente: 'mencione la persona a la que le proporciona más cuidado.'

NOTA: No le lea.

- | | |
|----|------------------------------|
| 01 | Madre |
| 02 | Padre |
| 03 | Suegra |
| 04 | Suegro |
| 05 | Hijo |
| 06 | Esposo |
| 07 | Esposa |
| 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 |
| 16 | Pareja, no casada |
| 77 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO |
| 99 | SE NIEGA A CONTESTAR |

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

(460)

POR FAVOR LEER:

- 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 5 años o más

- 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...

(461)

POR FAVOR LEER:

- 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? Diría usted que...

(462-463)

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO: Dígame, ¿cuál de las siguientes afecciones cree que es el mayor problema?

NO LEER: REGISTRE UNA RESPUESTA.

- 1 Artritis/Reumatismo
- 2 Asma
- 3 Cáncer
- 4 Afecciones respiratorias crónicas como enfisema o epoc
- 5 Demencia u otro trastornos de deficiencia cognitiva como la enfermedad de Alzheimer
- 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 Lesiones, incluidas fracturas de huesos
- 14 Vejez/achaques/fragilidad
- 15 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...
...manejar su cuidado personal como administrarle medicamentos, ayudar con la
alimentación, ayudarla a vestirse o bañarse?

(464)

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

(465)

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?
(466)

NOTA: Si el encuestado pregunta qué es el cuidado de relevo, 'Cuidado de relevo
significa descansos de corto plazo para quienes proporcionan cuidados a otra persona.'

POR FAVOR LEER:

1 Clases sobre cómo proporcionar cuidado, cómo 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

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

[CATI NOTE: IF M21Q01 = 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?

(467)

- 1 Sí
2 No

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

Módulo 22: Deterioro Cognitivo

[CATI NOTE: ASK COGNITIVE DECLINE OPTIONAL MODULE 22 QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]

[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS 45 YEARS OF AGE OR OLDER CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE.]

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

1. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que sucede cada vez con más frecuencia o que empeora?

(468)

- 1 Sí
2 No **[GO TO NEXT MODULE]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M22Q02]**
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? Diría usted que...

(469)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
2 Usualmente
3 Algunas veces
4 Casi nunca
5 Nunca

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 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? Diría usted que... (470)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
- 2 Usualmente
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca [GO TO M22Q05]
- 5 Nunca [GO TO M22Q05]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO M22Q05]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO M22Q05]

[CATI NOTE: IF M22Q03 = 1, 2, OR 3, CONTINUE. IF M22Q03 = 4, 5, 7, OR 9, GO TO M22Q05.]

4. Cuando usted necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia suele obtener la ayuda que necesita? Diría usted que... (471)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
- 2 Usualmente
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 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? Diría usted que... (472)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
- 2 Usualmente
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca

- 5 Nunca
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 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?

(473)

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

Módulo 24: Factores Sociales Determinantes de la Salud

[CATI NOTE: ASK SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH OPTIONAL MODULE 24 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

1. Durante los últimos 12 meses, ¿en algún momento no pudo pagar su hipoteca, la renta o las cuentas de servicios?

(476)

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

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha mudado de una casa a otra?

(477-478)

___ Cantidad de mudanzas en los últimos 12 meses [01-52]

- 88 NINGUNA (NO SE MUDÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES)
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

3. ¿Qué tan seguro considera que es su vecindario con respecto a la delincuencia? Diría usted que...

(479)

POR FAVOR LEER:

- 1 Muy seguro
- 2 Seguro
- 3 Inseguro

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

Respecto a las siguientes dos declaraciones, por favor dígame si la declaración fue cierta con frecuencia, algunas veces o nunca en su caso en los últimos 12 meses (es decir, desde **[CATI NOTE: NAME OF CURRENT MONTH]**).

4. La primera declaración es, 'La comida que compré simplemente no duró y no tenía dinero para conseguir más.'

¿Fue eso cierto con frecuencia, algunas veces o nunca en su caso en los últimos 12 meses?

(480)

- 1 CON FRECUENCIA FUE CIERTO
- 2 ALGUNAS VECES FUE CIERTO
- 3 NUNCA FUE CIERTO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

5. 'No podía pagar comidas balanceadas.' ¿Fue eso cierto con frecuencia, algunas veces o nunca en su caso en los últimos 12 meses?

(481)

- 1 CON FRECUENCIA FUE CIERTO
- 2 ALGUNAS VECES FUE CIERTO
- 3 NUNCA FUE CIERTO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

6. Por lo general, ¿cómo están sus finanzas al final del mes? Por lo general encuentra que:

(482)

POR FAVOR LEER:

- 1 Le queda algo de dinero
- 2 Le queda lo justo para terminar el mes
- 3 No tiene suficiente dinero para terminar el mes
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

7. El estrés se refiere a una situación en la que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque las preocupaciones le

dominan la mente todo el tiempo. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido este tipo de estrés?

(483)

POR FAVOR LEER:

- 1 Nunca
- 2 Muy pocas veces
- 3 Algunas veces
- 4 La mayoría del tiempo
- 5 Todo el tiempo

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

Módulo 27: Seguridad con las Armas de Fuego

[CATI NOTE: ASK FIREARM SAFETY OPTIONAL MODULE 27 QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

Las siguientes preguntas son acerca de la seguridad con las armas de fuego. Algunas personas tienen armas con propósitos recreacionales como la cacería o deportes de tiro. Hay personas que también tienen armas en la casa por protección. Por favor incluya armas de fuego como pistolas, revólveres, escopetas y rifles; pero no las pistolas de balines o las que disparan balas de salva que no son reales. Incluya aquellas que tiene guardadas en el garaje, en un área de almacenamiento al descubierto o en un vehículo automotor.

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO: Estos datos se recopilan únicamente para informar sobre las actividades de prevención del suicidio. El suicidio es la principal causa de muerte por arma de fuego en Utah y el almacenamiento seguro de armas de fuego puede ayudar a prevenir el suicidio.

1. ¿Tiene algún arma de fuego guardada actualmente en su casa o alrededor de su casa? (686)

- 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. ¿Está cargada actualmente alguna de estas armas de fuego? (687)

- 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]**

3. ¿De las armas que están cargadas, ¿hay alguna que además no esté guardada bajo llave o no tenga un dispositivo de seguridad? (688)

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO: Por 'bajo llave' y 'dispositivo de seguridad' queremos decir que no se necesita una llave o una combinación ni una huella dactilar para tener acceso al arma o dispararla. No contamos como seguro a los mecanismos que impiden un disparo accidental (*safety*).

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

Módulo 28: Selección Aleatoria de Niños

[CATI NOTE: IF C08Q16 = 88 OR 99 (NO CHILDREN UNDER AGE 18 IN THE HOUSEHOLD, OR REFUSED), GO TO NEXT MODULE.]

[CATI NOTE: IF C08Q16 = 1, INTERVIEWER PLEASE READ: 'PREVIOUSLY, YOU INDICATED THERE WAS ONE CHILD AGE 17 OR YOUNGER IN YOUR HOUSEHOLD. I WOULD LIKE TO ASK YOU SOME QUESTIONS ABOUT THAT CHILD.' GO TO M28Q01.]

[CATI NOTE: IF C08Q16 IS >1 AND C0Q8.16 DOES NOT EQUAL 88 OR 99, INTERVIEWER PLEASE READ: 'PREVIOUSLY, YOU INDICATED THERE WERE [NUMBER] CHILDREN AGE 17 OR YOUNGER IN YOUR HOUSEHOLD. THINK ABOUT THOSE [NUMBER] CHILDREN IN ORDER OF THEIR BIRTH, FROM OLDEST TO YOUNGEST. THE OLDEST CHILD IS THE FIRST CHILD AND THE YOUNGEST CHILD IS THE LAST. PLEASE INCLUDE CHILDREN WITH THE SAME BIRTH DATE, INCLUDING TWINS, IN THE ORDER OF THEIR BIRTH.']

[CATI NOTE: RANDOMLY SELECT ONE OF THE CHILDREN. THIS IS THE 'XTH' CHILD. PLEASE SUBSTITUTE 'XTH' CHILD'S NUMBER IN ALL QUESTIONS BELOW.]

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre un niño en particular. El niño al que nos referimos será el 'X' niño. **[CATI NOTE: PLEASE FILL IN CORRECT NUMBER] CHILD IN YOUR HOUSEHOLD. ALL FOLLOWING QUESTIONS ABOUT CHILDREN WILL BE ABOUT THE 'XTH' [CATI NOTE: PLEASE FILL IN] CHILD.]**

1. ¿En qué mes y año nació el 'X' niño? (689-694)

__ / ____ Codifique mes y año

- 77/ 7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 99/9999 SE NEGÓ A CONTESTAR

[CATI NOTE: CALCULATE THE CHILD'S AGE IN MONTHS (CHLDAGE1=0 TO 216) AND ALSO IN YEARS (CHLDAGE2=0 TO 17) BASED ON THE INTERVIEW DATE AND THE BIRTH MONTH AND YEAR USING A VALUE OF 15 FOR THE BIRTH DAY. IF THE SELECTED CHILD IS < 12 MONTHS OLD ENTER THE CALCULATED MONTHS IN CHLDAGE1 AND 0 IN CHLDAGE2. IF THE CHILD IS ≥ 12 MONTHS ENTER THE CALCULATED MONTHS IN CHLDAGE1 AND SET CHLDAGE2=TRUNCATE (CHLDAGE1/12).]

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (695)
- 1 NIÑO
 - 2 NIÑA
 - 9 SE NIEGA A CONTESTAR

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español? (696-699)

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Si la respuesta es 'Sí,' pregunte: ¿es...?

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- 1 Mexicano, mexicoamericano, chicano
 - 2 Puertorriqueño
 - 3 Cubano
 - 4 De otro origen latino o hispano o español
 - 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? (700-727)

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

NOTA: Si se selecciona 40 (Asiático) o 50 (Iisleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

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

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

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

- 60 OTRO
- 88 DO NOT USE
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(728-729)

NOTA: Si se selecciona 40 (Asiático) o 50 (Isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

- 10 Blanco

- 20 Negro o afroamericano

- 30 Indoamericano o nativo de Alaska

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

- 50 Isleño del Pacífico
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano

- 54 Otro isleño del Pacífico
- 60 OTRO
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño? Diría usted que...

(730)

POR FAVOR LEER:

- 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 hermano o hermana biológicos, hermanastro o hermanastra o hermano o hermana adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 29: Prevalencia del Asma Infantil

[CATI NOTE: IF RESPONSE TO C08Q16 = 88 (NONE) OR 99 (REFUSED), GO TO NEXT MODULE.]

Las siguientes dos preguntas son acerca del 'X' **[CATI NOTE: PLEASE FILL IN CORRECT NUMBER]** niño en su casa.

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

(731)

- 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?

(732)

- 1 Sí
- 2 No

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

Preguntas Adicionales del Estado

Consumo Excesivo de Alcohol

[CATI NOTE: ASK BINGE DRINKING QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF C011Q03 IS ≥ 1 BUT < 77 , CONTINUE. OTHERWISE, GO TO THE NEXT SECTION.]

Anteriormente, usted respondió que bebía [5 o más para los hombres, 4 o más para las mujeres] bebidas alcohólicas en al menos una ocasión en los últimos 30 días. Las siguientes preguntas son acerca de la ocasión más reciente cuando esto sucedió. Para estas preguntas, una bebida equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, o una onza y media (un trago) de licor. Así que una cerveza de 40 onzas contaría como 3 bebidas, o una bebida de cóctel con 2 tragos contaría como 2 bebidas.

NOTA: Si se le pregunta 'ocasion' significa en una sola vez o dentro de unas pocas horas.

DRNKBER1 Durante la última ocasión en que tuviste [5 o más para los hombres, 4 o más para las mujeres] bebidas alcohólicas, ¿cuántas cervezas, incluido el licor de malta, bebiste?

(912-913)

-- Número cervez

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKWIN1 En la misma ocasión, ¿cuántos vasos de vino bebió?

(914-915)

-- Número vasos de vino

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKLIQR En la misma ocasión, ¿cuántos vasos de licor, incluyendo cócteles, tenía?

(916-917)

-- Número vasos de licor

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKPMIX En la misma ocasión, ¿cuántas otras bebidas premezcladas y aromatizadas bebiste? Por eso, nos referimos a bebidas como limonada dura, enfriadores de vino, o hielo Smirnoff.

(918-919)

-- Número bebidas mezcladas

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKLOC1 Durante esta ocasión más reciente, ¿dónde estaba usted cuando consumió la mayor parte de su bebida?

(920)

LEA SÓLO SI ES NECESARIO:

- 1 En su casa por ejemplo casa, apartamento, o dormitorio
- 2 En la casa de alguien más
- 3 En un restaurante o una fiesta
- 4 En un bar o centro nocturno
- 5 En un lugar publico como parque, concierto o evento deportivo

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

BINGEDRV ¿Condujo un vehículo de motor, como un automóvil, camión o motocicleta durante o dentro de un par de horas de esta ocasión?

(921)

NOTA: Para aquellos que tengan dudas a cerca de esta pregunta, conterstar 'Si' no significa que estamos diciendo que ellos estaban conduciendo borrachos o que hayan violado la ley.

- 1 Si
- 2 No

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

[CATI NOTE: ASK BINGEPAY ONLY IF RESPONSE TO DRNKLOC1 = 3 OR 4. OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]

BINGEPAY Durante esta última ocasión, aproximadamente cuánto pagó por el alcohol que bebió?

(922-924)

NOTA: Si alguien pregunta no tienen que incluir la cantidad que se gastó en propina

___ Cantidad total

- 888 NO PAGO NADA, LAS BEBIDAS FUERON GRATIS O ALGUIEN PAGO POR ELLAS
- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

Seguro y Acceso

[CATI NOTE: ASK INSURANCE AND ACCESS QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

[CATI NOTE: ALL QUESTION NAMES BEGINNING WITH A 'K' WILL BE ASKED ABOUT THE RANDOMLY SELECTED CHILD. IF C03Q01 = 1, 7, OR 9, ASK COVTYPE. OTHERWISE, GO TO KCOVTYPE.]

NOTA: La introducción a las preguntas de 'Seguro y Acceso' cambia dependiendo de cómo el respondiente respondió a la pregunta clave del seguro de salud y si tiene o no un hijo en el hogar.

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

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF C03Q01 = 1, READ: 'EARLIER, YOU SAID YOU DID HAVE HEALTH CARE COVERAGE.']

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF C03Q01 = 2, READ: 'EARLIER YOU SAID YOU DID NOT HAVE ANY HEALTH CARE COVERAGE. THERE ARE SOME TYPES OF PLANS YOU MAY NOT HAVE CONSIDERED.']

[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]

COVtype Esta ACTUALMENTE cubierto por cualquiera de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica?

(925-938)

NOTA: Si el entrevistado indica que compró un seguro de salud a través de la Avenida H del Mercado de Seguros de Salud, pregunte si fue un plan de seguro de salud privado comprado por su cuenta o por un familiar (privado) o si recibió Medicaid (plan estatal)? Si lo compra por su cuenta (o por un miembro de la familia), seleccione '02,' si Medicaid, seleccione '04.'

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- 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, o Military
- 06 Nativo de Alaska, Servicio de Salud Indígena, Servicios de Salud Tribales
- 07 Alguna otra fuente
- 08 Ninguno (sin cobertura)

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

[CATI NOTE: IF NO SELECTED CHILD, GO TO INSTRUCTIONS BEFORE WHY.]

[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]

KCOVtype Está el niño(a) ACTUALMENTE cubiertos por cualquiera de los siguientes tipos de seguro de salud o cobertura de plan de salud? (939-954)

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

NOTA: 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.

POR FAVOR LEER:

- 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 El Programa de Seguro de Salud para Niños de Utah
- 06 TRICARE (anteriormente CHAMPUS), VA, o Military
- 07 Nativo de Alaska, Servicio de Salud Indígena, Servicios de Salud Tribales
- 08 Alguna otra fuente
- 09 Ninguno (sin cobertura)

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

[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INSURANCE STATUS OF THE CHILD IS NOW DETERMINED. THE CHILD IS INSURED IF 'KCOVTYPE' = 01-08. THE CHILD IS UNINSURED IF 'KCOVTYPE' = 09. THE CHILD'S INSURANCE STATUS IS UNDETERMINED IF 'KCOVTYPE' =77 OR 99. 0 = UNDETERMINED, 1=INSURED, 2=UNINSURED. CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 1 (INSURED) WILL SKIP TO 'KHLTHEX'; CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 2 (UNINSURED) WILL SKIP TO 'KUNINS'; AND CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 0 (UNDETERMINED) WILL SKIP TO 'KINSDELY.']

[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INSURANCE STATUS OF THE ADULT IS NOW DETERMINED. THE ADULT IS INSURED IF 'COVTYPE' = 01-07 OR CORE 3.1 = 1. THE ADULT IS UNINSURED IF 'COVTYPE' = 08. THE ADULT'S INSURANCE STATUS IS UNDETERMINED IF 'COVTYPE' =77 OR 99 OR CORE 3.1 = 77 OR 99. 0 = UNDETERMINED, 1=INSURED, 2=UNINSURED. ADULTS WITH INSURANCE STATUS = 1 (INSURED) WILL SKIP TO 'HLTHEX'; ADULTS WITH INSURANCE STATUS = 2 (UNINSURED) WILL SKIP TO 'UNINS' (AFTER BEING ASKED THE NEXT 'K' QUESTIONS, IF APPLICABLE); AND ADULTS WITH INSURANCE STATUS = 0 (UNDETERMINED) WILL SKIP TO 'INSDELY.']

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

(955)

1 Sí
2 No

7 NO SABE / NO ESTÁ 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'?

(956)

1 Sí
2 No

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

[CATI/INTERVIEWER NOTE: UNINSURED ADULTS WILL BE ASKED 'UNINS' AND 'WHY' QUESTIONS; UNINSURED CHILDREN ARE ASKED 'KUNINS' AND 'KWHY' QUESTIONS. INSURED ADULTS WILL SKIP TO 'KUNINS' AND NOT BE ASKED 'UNINS' AND 'WHY' QUESTIONS AND THEN BE ASKED 'INSDELY.' INSURED CHILDREN WILL NOT BE ASKED 'KUNINS' AND 'KWHY' QUESTIONS BUT SKIP TO 'KINSDELY.']

UNINS ¿Por cuántos meses ha estado usted sin seguro medico?

(957-958)

00 Menos de 4 semanas **[GO TO WHY1]**

- | | | |
|-------|--------------------------|--------------|
| 01-60 | Pone # de meses | [GO TO WHY1] |
| 61 | Más de 5 años | [GO TO WHY1] |
| 77 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO WHY1] |
| 99 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO WHY1] |

KUNINS

- ¿Por cuántos meses ha estado el niño(a) sin seguro medico? (959-960)
- | | | |
|-------|--------------------------|---------------|
| 00 | Menos de 4 semanas | [GO TO KWHY1] |
| 01-60 | Pone # de meses | [GO TO KWHY1] |
| 61 | Más de 5 años | [GO TO KWHY1] |
| 77 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO KWHY1] |
| 99 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO KWHY1] |

[CATI NOTE: DISPLAY WORDS IN BRACKETS IF THERE IS MORE THAN 1 ADULT LIVING IN THE HOUSEHOLD.]

[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]

WHY

Voy a leerle una lista de razones por las que podría estar sin seguro médico. Por favor, dígame qué razones se aplican a usted. ¿No tiene seguro porque... (961-978)

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- | | |
|----|---|
| 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 |
| 66 | Alguna otra razón |
| 77 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO |
| 99 | SE NIEGA A CONTESTAR |

[CATI NOTE: IF NO CHILDREN OR CHILD IS INSURED, GO TO 'INSDELY.']

[CATI NOTE: DISPLAY WORDS IN BRACKETS IF THERE IS MORE THAN 1 ADULT LIVING IN THE HOUSEHOLD.]

[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]

KWHY Ahora me gustaría preguntarle acerca de las razones por qué el niño(a) podría estar sin seguro. Voy a leerle una lista de razones, por favor dígame qué razones se aplican al niño. ¿Esta el niño(a) sin seguro porque... (979-996)

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- 1 El empleador de usted [o de otra persona] no ofrece seguro de salud para el niño(a)
- 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(a) 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(a) perdido la elegibilidad de Medicaid o CHIP
- 66 Alguna otra razón

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

[CATI NOTE: IF 'UNINS' > 12 MONTHS (THE ADULT HAS BEEN UNINSURED FOR MORE THAN 12 MONTHS), GO TO 'EMPLOYED.']

El Departamento de Salud está trabajando en maneras de mejorar el acceso a servicios de salud, especialmente para las personas que actualmente no están recibiendo la atención de la salud cuando lo necesitan. Las próximas preguntas tratan sobre algunas razones por las que la gente pueda RETRASAR O TIENE PROBLEMAS para RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS, DENTALES, SALUD MENTAL U OTROS CUIDAR de sí mismos.

INSELY En los últimos 12 meses, tubo algun problema o retraso en obtener cuidado médico para usted porque el servicio no lo cubria su aseguranza? (997)

NOTA: Esta pregunta se hace a todas las personas, incluso si actualmente no tienen seguro. La razon es que en algun momento de los últimos 12 meses que haya tenido seguro y se encontro con este problem.

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

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

KINSDLEY En los últimos 12 meses, el niño(a) tubo algun problema o retraso en obtener cuidado médico proque el servicio no lo cubria su aseguranza? (998)

NOTA: Esta pregunta se hace a todas las personas, incluso si actualmente no tienen seguro. La razon es que en algun momento de los últimos 12 meses que haya tenido seguro y se encontro con este problem.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 El niño(a) no ha tenido seguro médico en los últimos 12 meses
- 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 médico porque el servicio costaba mucho? (999)

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

[CATI NOTE: If C08Q15 = 3, 4, 5, 6, 7, 8, or 9, go to 'EMPLOYED.' If C08Q15 = 1 or 2, go to 'HOURSWKD.']

EMPLOYED Voy a hacerle algunas preguntas sobre actividades relacionadas con el trabajo. ¿Hace-cualquier trabajo por una remuneración o beneficio? (1000)

NOTA: Si el entrevistado le pregunta porque nos preguntan sobre el empleo diga: 'Al preguntar sobre el empleo y donde la gente trabaja, el Departamento de Salud esta tratando de entender más acerca de las compañías que ofrecen seguro de salud.'

NOTA: Si el entrevistado dice que han estado de vacaciones recientemente, todavia es necesario para obtener información sobre el empleo. Pregunte 'En la actualidad trabaja por una remuneración o beneficio?'

- 1 Sí **[GO TO HOURSWKD]**
- 2 No **[GO TO NEXT SECTION]**
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO HOURSWKD]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO HOURSWKD]**

[CATI NOTE: IF 'EMPLOYED' = 1, 7, OR 9, GO TO 'HOURSWKD.' IF 'EMPLOYED' = 2, GO TO NEXT SECTION.]

[CATI NOTE: IF C07Q15 = 1 OR 2, SHOW 'EARLIER YOU SAID YOU ARE [FILL IN WITH EITHER 'EMPLOYED FOR WAGES' OR 'SELF-EMPLOYED']]

HOURSWKD ¿Cuántas horas por semana trabaja **usualmente** en su trabajo principal?
(1001-1002)

NOTA: Si el entrevistado pregunta por qué significa 'trabajo principal,' diga 'Por 'trabajo principal,' me refiero a aquél en el que usualmente trabaja más horas.'

__ _ Horas **[NOTA: 70 = 70 HORAS O MÁS.]**

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

Intentos de Suicidio

[CATI NOTE: ASK SUICIDE QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

Voy a hacerle una pregunta sobre intentos previos de suicidio. Entendemos que este tema puede traer experiencias de las cuales algunas personas pueden querer hablar. Si usted o alguien que usted conoce le gustaría hablar con un consejero capacitado, hay una línea telefónica de crisis gratuita a la que puede llamar. El número es 1-800-273-8255.

STSUCIDE Durante su vida, ¿cuántas veces ha intentado suicidarse?
(1003)

- 1 0 veces
- 2 1 vez
- 3 2 o 3 veces
- 4 4 o 5 veces
- 5 6 o más veces

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

Sobrevivencia de Cáncer

[CATI NOTE: ASK CANCER SURVIVORSHIP QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF C06Q06 OR C06Q07 = 1 (YES), CONTINUE, ELSE GO TO NEXT SECTION.]

Nos ha dicho que ha tenido cáncer. Me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre su cáncer.

CSRVAGE1 ¿A qué edad se le diagnosticó cáncer por primera vez? (1004-1005)
__ Años **[NOTA: 97 = 97 O MAYOR.]**

- 98 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

CSRVTYPE1 ¿Con qué tipo de cáncer fue diagnosticado por última vez? (1006-1007)

NOTA: Lea la lista solamente si el encuestado necesita solicitar el tipo de cáncer (es decir, el nombre de Cáncer) [1-29].

NOTA: Registrar sólo un tipo de cáncer, esta pregunta se refiere al diagnóstico más reciente del cáncer del entrevistado.

Pecho:

- 01 Cáncer de mama

Reproductor femenino (ginecológico):

- 02 Cáncer cervical (Cáncer del cuello uterino)
- 03 Cáncer endometrio (Cáncer del útero)
- 04 Cáncer de ovario (Cáncer del ovario)

Cabeza/Cuello:

- 05 Cáncer de cabeza y cuello
- 06 Cáncer oral
- 07 Cáncer faríngeo (De garganta)
- 08 Tiroides
- 09 Laringe

Gastrointestinal:

- 10 Cáncer de intestino (De colon)
- 11 Cáncer de esófago (Esofágico)
- 12 Cáncer de hígado
- 13 Cáncer pancreático
- 14 Cáncer de recto (Rectal)
- 15 Cáncer de estómago

Lukemia/Linfoma:

- 16 Linfoma de Hodgkin (Ganglios linfáticos y médula ósea)
- 17 Leucemia cancer de (Sangre)
- 18 Linfoma no hodgkin

Reproductor Masculino:

- 19 Cancer de prostata
- 20 Cancer testicular

- Piel:
- 21 Cancer de piel (Melanoma)
- 22 Otro tipo de cancer de piel

- Toracico:
- 23 Corazon
- 24 Pulmon

- Urinario:
- 25 Cancer de vejiga
- 26 Cancer renal (Rinon)

- Otros:
- 27 Hueso
- 28 Carebro
- 29 Neuroblastoma
- 30 Otro

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

CSRVTRT1 Recibe actualmente tratamiento para el cáncer? Por tratamiento, queremos decir cirugía, radioterapia, quimioterapia o píldoras de quimioterapia? (1008)

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Si
- 2 No, he completado el tratamiento
- 3 No, me han negado el tratamiento [GO TO NEXT SECTION]
- 4 No, no he empazado el tratamiento [GO TO NEXT SECTION]
- 5 Tratamiento no era necesario [GO TO NEXT SECTION]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

CSRVTRN1 ALGUNA VEZ recibió INSTRUCCIONES ESCRITAS O IMPRESAS de un médico, enfermera u otro profesional de la salud sobre donde debe regresar o quien debería ver para un chequeo de cáncer después de completar su tratamiento para el cáncer? (1009)

- 1 Sí, recibi instrucciones escritas y/o impresas
- 2 No, recibi instrucciones escritas y/o impresas

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

CSRVCLIN ¿Participó en un ensayo clínico como parte de su tratamiento contra el cáncer? (1011)

- 1 Sí
- 2 No

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

CSRVINSR Con su diagnóstico de cáncer más reciente, ¿tenía seguro de salud que pagó todo o parte de su tratamiento contra el cáncer?

(1010)

NOTA: El "seguro de salud" también incluye Medicare, Medicaid u otros tipos de programas estatales de salud.

- 1 Sí
- 2 No

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

CSRVPAIN ¿Tiene actualmente dolor físico causado por su cáncer o tratamiento para el cáncer?

(1012)

- 1 Sí
- 2 No

[GO TO NEXT SECTION]

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

[GO TO NEXT SECTION]

[GO TO NEXT SECTION]

CSRVCTRL ¿Su dolor está actualmente bajo control? Diría usted que...

(1013)

POR FAVOR LEER:

- 1 Sí, con medicamentos (o tratamiento)
- 2 Sí, sin medicamentos (o tratamiento)
- 3 No, con medicamentos (o tratamiento)
- 4 No, sin medicamentos (o tratamiento)

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

Dolor Crónico

[CATI NOTE: ASK CHRONIC PAIN QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]

STCHRPN1 ¿Sufre usted de algún tipo de dolor crónico, es decir, de dolor que se produce constantemente o se aparece con frecuencia?

(1014)

- 1 Sí
- 2 No

[GO TO NEXT SECTION]

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

[GO TO NEXT SECTION]
[GO TO NEXT SECTION]

STCHRPN2 Los opioides son medicamentos que alivian el dolor. Algunos opioides como la hidrocodona y la morfina pueden ser prescritos por un proveedor de atención médica. Otros opioides como la heroína no pueden ser recetados. ¿Utiliza medicamentos para el dolor prescritos a usted por un médico para tratar su dolor crónico?

(1015)

- 1 Sí
- 2 No

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

Uso de Medicamentos Recetados

[CATI NOTE: ASK PRESCRIPTION DRUG USE QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

A continuación quisiera hacerle algunas preguntas sobre la medicina para el dolor con receta y otros sobredosis de drogas.

STPDRU1 En el año pasado, ¿utilizó medicamentos recetados para el dolor que NO fueron recetados por un médico? Sólo queremos saber sobre los medicamentos de prescripción, no los medicamentos que están disponible en el mostrador.

(1016)

- 1 Sí
- 2 No

[GO TO STPDRU5]

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

[GO TO STPDRU5]
[GO TO STPDRU5]

STPDRU2 En los últimos 30 días, ¿utilizó medicamentos recetados para el dolor que NO fueron recetados por un médico? Sólo queremos saber sobre los medicamentos de prescripción, no los medicamentos que están disponible en el mostrador. (1017)

- 1 Sí
- 2 No [GO TO STPDRU5]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO STPDRU5]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO STPDRU5]

STPDRU3 Piense en la última vez que usó medicamentos para el dolor con receta médica que no le fueron recetados o le fueron recetados para otra cosa. ¿Cuáles fueron las razones por las que usó los medicamentos para el dolor con receta? (1018)

NOTA: No lea las respuestas. Marque todo lo que se menciona.

- 1 PARA ALIVIAR EL DOLOR
- 2 PARA ALIVIAR OTROS SINTOMAS FISICOS
- 3 PARA ALIVIAR LA ANSIEDAD O LA DEPRESION
- 4 PARA DIVERTIRSE, SENTIRSE BIEN, DROGARSE
- 5 PARA PREVENIR O ALIVIAR LOS SINTOMAS DE ABSTINENCIA
- 6 AYUDAR A CONCILIAR EL SUENO
- 7 OTRO (ESPECIFICAR): _____
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

STPDRU4 Cuando las personas toman medicamentos para el dolor prescritos que no se les recetan, como Vicodin, OxyContin o Lortab, ¿cuánto riesgo toman? (1019)

POR FAVOR LEER:

- 1 Sin riesgo
- 2 Poco riesgo
- 3 Riesgo moderado
- 4 Gran riesgo
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

NOTA: La naloxona se pronuncia 'Na-lahx-own.'

STPDRU5 ¿Alguna vez has oído hablar de este medicamento? (1020)

1	Sí	
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]

STPDRU6 ¿Ha recibido Naloxona o (Narcan) para usar con alguien que conozca que tenga una sobredosis por tomar medicamentos para el dolor con receta medica o heroína? (1021)

1	Sí	
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]

STPDRU7 ¿Ha utilizado Naloxona para revertir una sobredosis sospechosa? (1022)

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

Autismo Infantil

[CATI NOTE: ASK CHILD AUTISM QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRES.]

[CATI NOTE: IF C08Q16 INDICATES THERE ARE CHILDREN UNDER AGE 18 IN THE HOUSEHOLD, THEN RESPONSES FROM THE RANDOM CHILD SELECTION MODULE WILL BE USED TO DETERMINE WHICH CHILD THE RESPONDENT WILL BE ASKED ABOUT. IF C08Q16 = 88 OR 99 (NO CHILDREN UNDER AGE 18 IN THE HOUSEHOLD OR REFUSED), GO TO NEXT SECTION.]

[CATI NOTE: PLEASE SUBSTITUTE 'XTH' CHILD'S NUMBER IN ALL QUESTIONS BELOW.]

Las siguientes preguntas son acerca de su hijo X.

NOTA: El niño 'X' se refiere al niño sobre el cual el encuestado respondió al modulo 'Selección aleatoria de niños.'

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?

(1023)

- 1 Si
- 2 No **[GO TO CHDAUT8]**
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO CHDAUT8]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO CHDAUT8]**

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

(1024)

- 1 LEVE
- 2 MODERADO
- 3 SEVERO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

CHDAUT4 En qué lugar le dijeron por primera vez que el niño tenía autismo o trastorno del espectro autista? ¿Fue en la escuela, centro de salud, o algun otra lugar?

(1025)

NOTA: Esta pregunta es la pregunta sobre el lugar donde se diagnosticó por primera vez un niño con autismo.

- 1 ESCUELA
- 2 CENTRO DE SALUD (INCLUYE DEPARTAMENTO DE SALUD)
- 3 OTRO (ESPECIFICAR) _____
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

CHDAUT5 Que tipo de médico o proveedor de salud proporciono el diagnostico por primera vez?

(1026-1027)

- 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 (ESPECIFICAR) _____
- 77 NO SABE / NO ESTÁ 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?

(1028-1029)

-- Edad en Años (1-17) **[CATI /INTERVIEWER NOTE: LA GAMA DE EDAD ES 1-17.]**

- 88 MENOS DE 1 AÑO DE EDAD
- 77 NO SABE / NO ESTÁ 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?

(1030)

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

[CATI NOTE: 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 profesional?

(1031)

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

Marihuana

[CATI NOTE: ASK 'STMAR1' ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

STMAR1 ¿Cuánto riesgo cree que corran las personas físicamente y de otras maneras cuando fuman marihuana una o dos veces a la semana? Diría usted que...

(1032)

POR FAVOR LEER:

- 1 Nada de riesgo

- 2 Un poco de riesgo
- 3 Riesgo moderado
- 4 Gran riesgo

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

[CATI NOTE: ASK 'STMAR2' ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]

STMAR2 ¿Qué tan mal piensa que es cuando alguien usa marihuana regularmente por razones no médicas? Diría usted que...

(1033)

POR FAVOR LEER:

- 1 No esta nada mal
- 2 Un poco mal
- 3 Esta mal
- 4 Muy mal

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

[CATI NOTE: ASK 'STMAR3' AND 'STMAR4' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

STMAR3 Durante los últimos 30 días, ¿ cuántos días usó marihuana?

(1034-1035)

-- Numero de dias entre 1 y 30

- 88 NINGUNA [GO TO NEXT SECTION]
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

STMAR4 ¿Cuando utilizó marihuana durante los últimos 30 días, fue por razones médicas para disminuir o tratar los síntomas de una condición de salud, o fue por razones no médicas obtener placer o satisfacción (por ejemplo, excitación, relajación, aumento de la conciencia, olvidar las preocupaciones, por diversión en una reunión social)?

Diría usted que...

(1036)

POR FAVOR LEER:

- 1 Sólo por razones médicas para disminuir o tratar los síntomas de una condición de salud
- 2 Sólo para los usos no médicos para obtener placer o satisfacción
- 3 Por ambos motivos médicos y no médicos

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

Tabaco

[CATI NOTE: ASK ALL TOBACCO QUESTIONS EXCEPT 'SMOKEAD' ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22. 'SMOKEAD,' IF APPLICABLE, IS ASKED ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF C09Q2 = 1 OR 2 ('EVERYDAY' OR 'SOME DAYS,' THEN RESPONDENT HAS A STATUS OF 'CURRENT SMOKER' AND CONTINUE. OTHERWISE, GO TO 'SMOKEAD.']

STSMK1 ¿En promedio, cuántos cigarros fuma al día? (1037-1038)

___ Numero de cigarrillos **[NOTA: 76=76 O MÁS.]**

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

STSMK2 Para la proxima pregunta, yo voy a leerle una serie de posibles respuestas. Por favor reponda 'Si' o 'No' para cada pregunta. Usted planea dejar de fumar... (1039)

NOTA: Pause entre cada categoría de respuesta para permitir a los encuestados a responder 'Si' o 'No' a cada categoría. Ingrese el código de respuesta para el primer 'Si' y luego continuar a la siguiente pregunta.

- 1 En los proximos 7 días
- 2 En los proximos 30 días
- 3 En los proximos 6 meses
- 4 En el proximo año
- 5 En más de un año apartir de ahora
- 6 No piensas dejar de fumar
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF C09Q01 = 2, 7, OR 9, THEN GO TO 'SMOKEAD.']

[CATI NOTE: IF C09Q02 = 1 OR 2 ('EVERYDAY' OR 'SOME DAYS') OR IF C09Q04 < 05 (RESPONDENT QUIT SMOKING IN THE PAST YEAR), CONTINUE TO STSMK3. ALL OTHERS GO TO 'SMOKEAD' (ALL RESPONDENTS ANSWER STSMK7 THROUGH 'STSMK10').]

Las siguientes preguntas se refieren a 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)? (1040)

- 1 Sí
- 2 No **[GO TO SMOKEAD]**

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

STSMK4 En los últimos 12 meses, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar? (1041)

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE / NO ESTÁ 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)? (1042)

- 1 Sí
- 2 No

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

STSMK6 Su doctor o proveedor de salud le recomendó o 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? (1043)

- 1 Sí
- 2 No

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

[CATI NOTE: ASK 'SMOKEAD' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

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? Diría usted que...

(1044)

- 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

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

[CATI NOTE: ASK 'STSMK7' THROUGH 'STSMK10' ON QUESTIONNAIRE 12/22.]

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

(1045)

- 1 Sí
- 2 No

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

STSMK9 La siguiente pregunta es acerca del humo que usted podría haber respirado porque otra persona estaba fumando, ya fuera dentro, al aire libre, en un vehículo, o en cualquier otro lugar.

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

(1046-1047)

-- Numero de dias [1-7]

- 88 NINGUNO
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(1048)

POR FAVOR LEER:

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

STSMK10 Durante los últimos siete días, ¿alguien ha usado cigarrillos-electrónicos u otros productos de vapor electrónico en su área de trabajo?

(1049)

POR FAVOR LEER:

- 1 Sí, en el interior
- 2 Sí, al aire libre
- 3 Sí, en el interior y al aire libre
- 4 No
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Guion para Pedir Permiso para Volver a Llamar y Preguntar Sobre el Asma

Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar con más 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 o otros 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?

(733)

- 1 Sí
- 2 No

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

_____ Ingrese nombre o iniciales

Selección para Llamada de Seguimiento Sobre el Asma

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

(734)

- 1 Adulto
- 2 Niño

Pregunta de Seguimiento del Estado

[CATI NOTE: IF RESPONDENT OR THEIR CHILD HAS ASTHMA (THEY WERE ASKED AFU1), GO TO THE CLOSING STATEMENT.]

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.

Escriba el primer nombre del encuestado solamente.

99 SE NIEGA A DAR EL NUMBER/ NO QUIERE SER LLAMADO OTRA VEZ

Declaración Final

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

Lista de Actividades Físicas de Recreación Comunes

Para usarse en la Sección 13: Ejercicio (Actividad Física)

Descripción del código (Actividad física, preguntas C13Q02 y C13Q05 anteriores)

- | | |
|--|---|
| 01 Dispositivos de juegos interactivos (Wii Fit, Dance, Dance revolution) | 39 Saltar la cuerda |
| 02 Video o clase de ejercicios aeróbicos | 40 Remar con máquina de ejercicio |
| 03 Montañismo con mochila a la espalda | 41 <i>Rugby</i> |
| 04 Bádminton | 42 Buceo recreativo |
| 05 Básquetbol | 43 Montar en patineta (<i>skateboarding</i>) |
| 06 Ejercicio en bicicleta fija | 44 Patinar: en hielo o sobre ruedas |
| 07 Andar en bicicleta | 45 Deslizamiento en trineo, tobogán |
| 08 Navegación (en canoa, remo, kayak, en barco de vela para paseos o para acampar) | 46 Bucear con tubo (<i>snorkel</i>) |
| 09 Boliche | 47 Remover la nieve (con máquina sopladora) |
| 10 Boxeo | 48 Remover con pala manualmente |
| 11 Calistenia | 49 Esquiar en la nieve |
| 12 Canotaje/remo en competencia | 50 Caminar con raquetas de nieve |
| 13 Carpintería | 51 Fútbol |
| 14 Baile: ballet, baile de salón, danza latina, hip hop, zumba, etc. | 52 <i>Softball</i> /béisbol |
| 15 Ejercicio con máquina elíptica/EFX | 53 <i>Squash</i> |
| 16 Pesca desde bancos de los ríos o en embarcación | 54 Subir escaleras/Stair master |
| 17 <i>Frisbee</i> | 55 Pesca en arroyos con botas de pescador |
| 18 Jardinería (remover la tierra, desyerbar, cavar, rellenar) | 56 Surfear |
| 19 Golf (con carro motorizado) | 57 Nadar |
| 20 Golf (sin carro motorizado) | 58 Natación |
| 21 Balonmano | 59 Tenis de mesa |
| 22 Montañismo; excursionismo | 60 Taichí |
| 23 Hockey | 61 Tenis |
| 24 Equitación | 62 Fútbol americano |
| 25 Caza de animales grandes: venados, alces | 63 Vóleibol |
| 26 Caza de animales pequeños: codornices | 64 Caminar |
| 27 Patinaje en línea | 66 Esquí acuático |
| 28 Trotar | 67 Levantamiento de pesas |
| 29 <i>Lacrosse</i> | 68 Lucha libre |
| 30 Escalar montañas | 69 Yoga |
| 31 Cortar el césped con máquina | 71 Cuidado de niños |
| 32 Tenis de playa (<i>paddleball</i>) | 72 Trabajo de granja (cuidado del ganado, almacenamiento de heno, etc.) |
| 33 Pintar la casa o colocar papel tapiz | 73 Actividades del hogar (aspirar, limpiar el polvo, reparaciones de la casa, etc.) |
| 34 Pilates | 74 Karate/Artes marciales |
| 35 Ráquetbol | 75 Ciclismo con la parte superior del cuerpo (deportes en silla de ruedas, ergómetro) |
| 36 Rastrillar el césped/podar arbustos | 76 Trabajo en el jardín (cortar, juntar madera, podar, etc.) |
| 37 Correr | 98 Otra _____ |
| 38 Escalar rocas | 99 SE NIEGA A CONTESTAR |