**Behavioral Risk Factor Surveillance System Logo**

**2023**

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

***D R A F T***

***UTAH: March 1, 2023***

*CDC: January 4, 2023 (English)*

**NOTES:**

1. **Las opciones de respuesta EN MAYÚSCULAS reemplazan el texto.**
2. **Los resaltados rosas indican que estas notas/instrucciones deben incluirse en el código Ci3.**

Formulario aprobado

No OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2022

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, proporciónele 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](mailto:ivk7@cdc.gov). |

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2021**

# **Índice**

Índice

[Índice 3](#_Toc124736628)

[Encabezado OMB 4](#_Toc124736629)

[Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija 5](#_Toc124736630)

[Guion del Entrevistador para Teléfono Celular 8](#_Toc124736631)

[Secciones Básicas 12](#_Toc124736632)

[Sección 1: Estado de Salud 12](#_Toc124736633)

[Sección 2: Días Saludables 12](#_Toc124736634)

[Sección 3: Acceso a Atención Médica 13](#_Toc124736635)

[Discriminación y Utilización de Salud Médica 15](#_Toc124736636)

[Sección 4: Ejercicio (Actividad Física) 16](#_Toc124736637)

[Transporte Activo 18](#_Toc124736638)

[Sección 5: Conocimiento Acerca de la Hipertensión 18](#_Toc124736639)

[Inicio/Presión Arterial Auto-Medida 19](#_Toc124736640)

[Sección 6: Conocimiento Acerca del Colesterol 20](#_Toc124736641)

[Sección 7: Enfermedades Crónicas 21](#_Toc124736642)

[Module 1: Pre-Diabetes 24](#_Toc124736643)

[Sección 8: Información Demográfica 25](#_Toc124736644)

[Módulo 21: Sexo al Nacer 27](#_Toc124736645)

[Módulo 22: Orientación Sexual e Identidad de Género 28](#_Toc124736646)

[Sección 8: Información Demográfica CONTINUED 29](#_Toc124736647)

[Sección 9: Discapacidad 36](#_Toc124736648)

[Sección 10: Caídas 37](#_Toc124736649)

[Sección 11: Consumo de Tabaco 38](#_Toc124736650)

[Sección 12: Consumo de Alcohol 39](#_Toc124736651)

[Sección 13: Vacunación (con culebrilla) 40](#_Toc124736652)

[Vacunación Vacunal (Solo para Adultos) 41](#_Toc124736653)

[Sección 14: V.I.H./Sida 42](#_Toc124736654)

[Sección 15: Uso del Cinturón de Seguridad y Conducción Bajo la Influencia del Alcohol 43](#_Toc124736655)

[Emerging Core: Efectos a largo plazo del COVID-19 43](#_Toc124736656)

[Módulo 15: Cese del Tabaco 46](#_Toc124736657)

[Módulo 16: Otro uso de tabaco 46](#_Toc124736658)

[Uso de Tabaco de Utah 47](#_Toc124736659)

[Module 29: Determinantes Sociales y Equidad en la Salud 50](#_Toc124736660)

[Accesso al Transporte 53](#_Toc124736661)

[Inseguridad Alimentaria 53](#_Toc124736662)

[Módulo 31: Selección Aleatoria de Niños 54](#_Toc124736663)

[Módulo 32: Prevalencia del Asma Infantil 58](#_Toc124736664)

[Preguntas Adicionales del Estado 59](#_Toc124736665)

[Vacuna contra la Vacilación (solo para Niños) 59](#_Toc124736666)

[Seguro y Acceso (not updated from previous year) 60](#_Toc124736667)

[COVID-19 (not updated from previous year) 64](#_Toc124736668)

[Abuso de sustancias y Estigma del uso indebido 69](#_Toc124736669)

[Lesión Cerebral Traumática 70](#_Toc124736670)

[Comidas Familiares (these are updated but the program has one final chance to edit them) 72](#_Toc124736671)

[Telesalud/Telemedicina 73](#_Toc124736672)

[Atención Preventiva de Rutina 73](#_Toc124736673)

[Acceso a la Planificación Familiar 74](#_Toc124736674)

[Consumo de Alcohol en el Embarazo 76](#_Toc124736675)

[Manejo de la Artritis 77](#_Toc124736676)

[Enfermedad de Parkinson 77](#_Toc124736677)

[Guion para Pedir Permiso para Volver a Llamar y Preguntar Sobre el Asma 78](#_Toc124736678)

[Selección para Llamada de Seguimiento Sobre el Asma 78](#_Toc124736679)

[Declaración Final 79](#_Toc124736680)

# Encabezado OMB

Formulario aprobado

N.o OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2021

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, proporciónele 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](mailto:ivk7@cdc.gov). |

# Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija

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

**LL01**  ¿Estoy hablando al **(número de teléfono)** ?

(63)

1 SÍ, NÚMERO CORRECTO **[PASE AL LL04]**

2 NO, EL NÚMERO NO ES EL MISMO **[TERMINAR]**

***[CATI /NOTE: IF LL01 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO CREO QUE LLAMÓ A UN NÚMERO EQUIVOCADO. ES POSIBLE QUE SU NÚMERO SEA SELECCIONADO EN OTRA OPORTUNIDAD. GRACIAS POR SU ATENCIÓN. ADIÓS.’]***

**PVTRES**

**LL02** ¿Estoy hablando a una residencia particular?

(64)

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

1 SÍ **[PASE AL LL04]**

2 NO **[PASE AL LL03]**

3 NO, ES SOLO UN TELÉFONO COMERCIAL **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL02 = 3 (NO, THIS IS A BUSINESS PHONE), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS*** ***ENTREVISTANDO A PERSONAS CON LÍNEAS TELEFÓNICAS EN SUS*** ***RESIDENCIAS PARTICULARES.’]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: LOS NÚMEROS COMERCIALES QUE TAMBIÉN SE UTILIZAN PARA LA COMUNICACIÓN PERSONAL SON ELEGIBLES.]***

**Residencia Universitaria**

**LL03** ¿Vive en una residencia universitaria??

(65)

**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 LL04]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PARTICULAR O UNIVERSITARIA.’]***

**Estado Donde Reside**

**LL04** ¿Usted vive en estos momentos en Utah?

(66)

**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 AL LL05]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL04 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS*** ***ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN UTAH.’]***

**Teléfono Celular**

**LL05** ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

(67)

**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, ES UN TELÉFONO CELULAR **[TERMINAR]**

***[INTERVIEWER NOTE: YOU INDICATED THIS NUMBER REACHES A CELL PHONE. IF THIS NUMBER IS A LANDLINE, PRESS '4' TO RETURN TO THE PREVIOUS QUESTION.]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL05 = 1 (YES), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS LLAMANDO A*** ***TELÉFONOS FIJOS Y A RESIDENCIAS PARTICULARES O UNIVERSITARIAS*** ***PARA REALIZAR ESTA ENCUESTA.’]***

2 NO, NO ES UN TELÉFONO CELULAR **[PASE AL LL06]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 1 (YES), CONTINUE; OTHERWISE, GO TO ADULT RANDOM SELECTION.]***

**LL Adulto**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 1 (YES) AND LL06 = 1 (YES), GO TO LL07. IF LL03 = 1 (YES) AND LL06 = 2 (NO), TERMINATE AND SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS AGED 18 OR OLDER AT THIS TIME.’]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL02 = 1 (YES) AND LL06 = 1 (YES) OR 2 (NO), GO TO ADULT RANDOM SELECTION.]***

**LL06** ¿Tiene usted 18 años o más?

(68)

1          SÍ **[PASE AL LL07]**

**2** NO **[TERMINAR]**

**Adultos**

**LL07** 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?

\_ \_ CANTIDAD DE ADULTOS

(69-70)

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. **[GO TO LL09]**

L

Si la respuesta es ‘No’: ¿Podría hablar con el adulto en la casa?

Si 2-6 o más, **GO TO LL08**.

**LL08** La persona de su hogar con la que necesito hablar es el adulto que cumplió años más recientemente. ¿Es usted el adulto que cumplió años más recientemente?

(71)

**NOTE: If person indicates that they are not the selected respondent , ask for**

**correct respondent and re-ask LL08.**

**LL09 ¿**Es usted hombre, mujer, no especifico u otra identidad de género?

(72)

**NOTE:** We ask this question to determine which health related questions apply to each respondent. For example, persons who report males as their sex at birth might be asked about prostate health issues.

1 HOMBRE **[GO TO TRANSICIÓN A SECCIÓN 1]**

2  MUJER **[GO TO TRANSICIÓN A SECCIÓN 1]**

3 No especifico u otra identidad de género **[ GO TO LL10]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO LL 10]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO LL 10]**

**LL10** ¿Cuál fue su sexo al nacer? ¿Fue hombre o mujer?

(73)

1 HOMBRE **[GO TO C01.01]**

2  MUJER **[GO TO C01.01]**

7 NO SABE/ NO ESTA SEGURO **[TERMINATE]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[TERMINATE**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL13 = 7 (DON’T KNOW / NOT SURE) OR 9 (REFUSED), SAY ‘THANK YOU FOR YOUR TIME, YOUR NUMBER MAY BE SELECTED FOR ANOTHER SURVEY IN THE FUTURE.’]***

# Guion del Entrevistador para Teléfono Celular

HOLA, llamo de parte del Departamento de Salud de Utah.Mi nombre es **(nombre)** . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de Utah. Este proyecto lo lleva a cabo el Departamento de Salud de Utah 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.

**CP01** ¿Es un buen momento para hablar con usted o esta manejando?

(74)

1 SÍ **[PASE AL CP02]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[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**

**CP02** ¿Hablo con el **(número de teléfono)?**

(75)

1 SÍ **[PASE AL CP03]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIWER 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.]***

**Teléfono celular**

**CP03** ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

(76)

**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, ES UN TELÉFONO CELULAR **[PASE AL CP04]**

2 NO, NO ES UN TELÉFONO CELULAR **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP03 = 2 (NO), SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS WITH CELL TELEPHONES AT THIS TIME.’]***

**Adulto**

**CP04** ¿Tiene usted 18 años o más?

(77)

1 SÍ **[PASE AL CP05]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP04 = 2 (NO), SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS AGED 18 OR OLDER AT THIS TIME.’]***

**Sexo de Adulto**

**CP05 ¿**Es usted hombre, mujer, no especifico u otra identidad de género?

(78)

1 HOMBRE **[GO TO CP07]**

2  MUJER **[GO TO CP07]**

3 No especifico u otra identidad de género **[ GO TO CP06]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO CP06]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO CP06]**

**CP06** ¿Cuál fue su sexo al nacer? ¿Fue hombre o mujer?

(79)

1 HOMBRE **[GO TO CP07]**

2  MUJER **[GO TO CP07]**

7 NO SABE/ NO ESTA SEGURO **[TERMINATE]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[TERMINATE]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP06 = 7 (NO SABE / NO ESTÁ SEGURO ) OR 9 (SE NIEGA A CONTESTAR ), SAY ‘THANK YOU FOR YOUR TIME, YOUR NUMBER MAY BE SELECTED FOR ANOTHER SURVEY IN THE FUTURE.’]***

**Domicilio Particular**

**CP07** ¿Usted vive en un domicilio particular?

(80)

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

1 SÍ  **[PASE AL CP08]**

2 NO **[PASE AL CP07]**

**Residencia Universitaria**

**CP08** ¿Vive en una residencia universitaria?

(81)

**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 CP08]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP07 = 2 (NO), SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS WHO LIVE IN PRIVATE RESIDENCES OR COLLEGE HOUSING AT THIS TIME.’]***

**Estado Donde Reside**

**CP09** ¿Usted vive en estos momentos en **\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_**?

(82)

**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 AL CP10]**

2 NO  **[PASE AL CP09]**

**Estado**

**CP10** ¿En qué estado vive usted en estos momentos?

(83-84)

INGRESE EL CÓDIGO FIPS DEL ESTADO

77 VIVIR FUERA DE ESTADOS UNIDOS Y TERRITORIOS PARTICIPANTES

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP09 = 77 OR 99, SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN LOS ESTADOS UNIDOS.’]***

**Línea Telefónica Fija**

**CP11** ¿Tiene usted también un teléfono fijo en su casa que se utilice para hacer y recibir llamadas?

(85)

**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

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP07 = 1 (YES), DO NOT ASK NUMBER OF ADULTS QUESTIONS, GO TO CORE. IF CP07 = 1 (YES), THEN NUMBER OF ADULTS IS AUTOMATICALLY SET TO 1.]***

**NUMADULT**

**CP12**¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

(86-87)

\_ \_ CANTIDAD DE ADULTOS

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**Transición a Sección 1.**

# **Secciones Básicas**

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

**Transición a Sección 1:**

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 **1-801-538-6008**.

## **Sección 1: Estado de Salud**

C01.01 ¿Diría usted que su estado de salud general es excelente, muy bueno, bueno, regular, o malo?

(101)

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 Saludables**

**C02.01** 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?

(102-103)

**NOTA:** 88 se puede codificar si el encuestado dice ‘nunca’ o ‘ninguno.’ No es necesario pedir a los encuestados que proporcionen un número si indican que esto nunca ocurre.

**\_ \_** CANTIDAD DE DÍAS ***[RANGO: 01-30]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

C02.02 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? (104-105)

**NOTA:** 88 se puede codificar si el encuestado dice ‘nunca’ o ‘ninguno.’ No es necesario pedir a los encuestados que proporcionen un número si indican que esto nunca ocurre.

**\_ \_** CANTIDAD DE DÍAS ***[RANGO: 01-30]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE:*** *IF C02.01 AND C02.02 = 88 (NONE), GO TO NEXT SECTION.]*

C02.03 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?

(106-107)

**NOTA:** 88 se puede codificar si el encuestado dice ‘nunca’ o ‘ninguno.’ No es necesario pedir a los encuestados que proporcionen un número si indican que esto nunca ocurre.

**\_ \_** CANTIDAD DE DÍAS ***[RANGO: 01-30]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 3: Acceso a Atención Médica**

**C03.01** ¿Cuál es su actual fuente principal de seguro de salud?

(108-109)

**NOTA:** Si el encuestado tiene varias fuentes de seguro, pregunte cuál utiliza con más frecuencia. Si el encuestado da el nombre de un plan de salud en lugar del tipo de cobertura, pregunte si se trata de un seguro comprado de forma independiente, a través de su empleador, o a través de Medicaid o CHIP.

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 **[GO TO HLTHEX]**

03 Medicare

04 Medigap

05 Medicaid

06 El Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

07 Servicios de Salud Militar (TRICARE (CHAMPUS) / VA health care / CHAMP-VA)

08 Servicio de Salud Indígena

09 Programa Estatal de Salud

10 Otro programa gubernamental **[GO TO HLTHEX**]

88 No tiene cobertura de ningún tipo

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**HLTHEX** ¿Su cobertura es a través del Intercambio Federal de Salud [healthcare.gov](http://healthcare.gov/)?

(901)

1 SÌ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C03.02** ¿Hay alguna persona o un grupo de médicos que usted considere su proveedor de atención médica personal?

(110)

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

**NOTA:** Si el encuestado tenía varios grupos de médicos, entonces sería más de uno, pero si tuvieran más de un médico en el mismo grupo sería uno.

1 SÍ, SOLO UNA

2 MÁS DE UNA

3 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C03.03** ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en que necesitó visitar a un médico, pero no pudo por razones económicas? (111)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C03.04** ¿Cuándo fue la última vez que fue al doctor para hacerse un chequeo de rutina?

**NOTA:** Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica.

(112)

**LEA 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

## **Discriminación y Utilización de Salud Médica**

***[CATI NOTE: ASK DISCRIMINATION AND HEALTHCARE UTILIZATION QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STDIS01A** En los últimos dos años al acceder atención medica en Utah ¿ ha sido tratado con menos respeto o ha recibido servicios de menor calidad por sus características personales o por pertenecer a un grupo especifico?

(902)

**NOTA:** La discriminación se refiere al trato injusto de personas y grupos en función de determinadas características.

**NOTA:** La atención médica se refiere a la atención recibida en una clínica, hospital, proveedor de salud mental, dentista, cita de telesalud o cualquier otra atención recibida para la salud física o mental.

**POR FAVOR LEER:**

1. Sí
2. No **[GO TO STDIS03A]**
3. No, no he tenido acceso de atención médica en Utah en los últimos dos años **[GO TO STDIS03A]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STDIS03A]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STDIS03A]**

**STDIS02B** En los últimos dos años, cuando sintió que lo trataron con menos respeto o recibió atención de menor calidad al acceder atención medica en Utah, ¿fue por alguna de las siguientes razones? Seleccione todas las que correspondan.

(903-922)

**POR FAVOR LEER:**

1. Raza, etnica o color de piel
2. Habilidad de hablar ingles
3. Sexo
4. Orientation sexual
5. Identidad o expresión de género
6. Situación financiera o estado económico
7. Seguro medico
8. Discapacidad
9. La edad
10. Algunas otras razones(especifique)

88 NINGUNA DE ESTAS RAZONES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STDIS03A** En los últimos dos años, ¿ha retrasado el acceso a la atención médica de rutina o de emergencia en Utah por temor a ser tratado con menos respeto o recibir servicios de menor calidad debido a características personales o porque pertenece a un grupo específico? Díría usted que…

(923)

**NOTA:** La atención médica de rutina podría incluir chequeos médicos anuales o exámenes médicos.

**POR FAVOR LEER:**

1. Retraso en el acceso únicamente a la atención médica de rutina
2. Acceso retrasado únicamente a la atención médica de emergencia
3. Retraso en el acceso a la atención médica de rutina y de emergencia
4. No retrasó el acceso a la atención médica

8 NO HAN ACCEDIDO A ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 4: Ejercicio (Actividad Física)**

**C04.01** 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?

(113)

**NOTA:** 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.

1 SÍ

2 NO **[GO TO C04.08]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C04.08]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C04.08]**

**NOTA:** Si las actividades del encuestado no está incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción ‘Otra.’

**C04.02** ¿A qué tipo de actividad o ejercicio físico dedicó más tiempo durante el mes pasado? (114-115)

\_ \_ (ESPECIFIQUE)

1. CAMINAR
2. CORRER O TROTAR
3. JARINERIA
4. BICICLETA O MAQUINA DE ANDAR EN BICICLETA
5. VIDEO O CLASE AEROBICA
6. CALISTENIA
7. MÁQUINA ELÍPTICA/MÁQUINA EFX
8. ACTIVIDADES DEL HOGAR
9. LEVANTAMINETO DE PESAS
10. YOGA, PILATES, O TAI CHI
11. OTRO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C04.08]**

99 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C04.08]**

**C04.03** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado? (116-118)

1\_ \_ VECES POR SEMANA

2\_ \_ VECES POR MES

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C04.04** Y cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente? (119-121)

\_:\_ \_ HORAS Y MINUTOS

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C04.05** ¿Qué otro tipo de actividad o ejercicio físico le proporciono la siguiente mayor cantidad de ejercicio durante el mes pasado?

(122-123)

**NOTA:** Si las actividades del encuestado no están incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción ‘Otra.’

\_ \_ (ESPECIFIQUE)

1. CAMINAR
2. CORRER O TROTAR
3. JARINERIA
4. BICICLETA O MAQUINA DE ANDAR EN BICICLETA
5. VIDEO O CLASE AEROBICA
6. CALISTENIA
7. MÁQUINA ELÍPTICA/MÁQUINA EFX
8. ACTIVIDADES DEL HOGAR
9. LEVANTAMINETO DE PESAS
10. YOGA, PILATES, O TAI CHI
11. OTRO

88 NINGUNA OTRA ACTIVIDAD **[GO TO C04.08]**

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C04.08]**

99 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C04.08]**

**C04.06** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado? (124-126)

1\_ \_ VECES POR SEMANA

2\_ \_ VECES POR MES

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C04.07** Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?

(127-129)

\_:\_ \_ HORAS Y MINUTOS

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C04.08** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos?

(130-132)

**NOTA**: 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.

1\_ \_ VECES POR SEMANA

2\_ \_ VECES POR MES

888 NUNCA

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Transporte Activo**

***[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 diversión o el ejercicio.

(924-925)

\_ \_ DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 30 ***[RANGO: 1-30]***

88 NADA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 5: Conocimiento Acerca de la Hipertensión**

**C05.01** ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión arterial alta?

(133)

**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 SOLO DURANTE SU EMBARAZO  **[GO TO NEXT SECTION]**

3 NO  **[GO TO NEXT SECTION]**

4 SE LE DIJO QUE TENÍA HIPERTENSIÓN ARTERIAL O QUE ERA PREHIPERTENSO O PRESIÓN ARTERIAL ALTA **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO  **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**C05.02** ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar su presión arterial alta?

(134)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Presión Arterial Auto-Medida/Casa**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 16, HOME/SELF-MEASURED BLOOD PRESSURE, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STBP.01** ¿Le ha recomendado su doctor, enfermera u otro profesional de la salud que revise su presión arterial fuera del consultorio profesional de salud o en casa? (926)

**NOTA:** Por ‘otro profesional de la salud,’ nos referimos a una enfermera practicante, un asistente médico o algún otro profesional de la salud con licencia.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STBP.02** ¿Controla regularmente su presión arterial fuera del consultorio profesional de la salud o en casa?  
 (927)  
1 SÍ

2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**STBP.03** ¿Toma la presión principalmente en su casa o en una máquina en una farmacia, supermercado o en un lugar similar?  
 (928)   
1 EN CASA

2 EN UNA MÁQUINA EN UNA FARMACIA, COMESTIMIENTO, O UBICACIÓN SIMILAR

3 NO LO REVISE

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STBP.04** ¿Cómo comparte los números de presión arterial que ha recopilado con su profesional de la salud? ¿Es principalmente por teléfono; otros métodos como correos electrónicos, portal de Internet o fax; o en persona?  
 (929)  
1 TELÉFONO

2 OTROS MÉTODOS, COMO EL CORREO ELECTRÓNICO, EL PORTAL DE INTERNET O EL FAX

3 EN PERSONA

4 NO COMPARTIR INFORMACIÓN

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 6: Conocimiento Acerca del Colesterol**

**C06.01** El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su último análisis de colesterol?

(135)

**LEA SOLO SI ES NECESARIO:**

1 Nunca

2 En el último año (hace menos de un año)

3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)

4 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)

5 En los últimos 4 años (hace más de 3 años, pero menos de 4)

6 En los últimos 5 años (hace más de 4 años, pero menos de 5)

8 Hace 5 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C06.02** ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol es alto?

(136)

**NOTA**: Por ‘otro profesional de la salud,’ nos referimos a una enfermera practicante, un asistente médico o algún otro profesional de la salud con licencia.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C06.03** ¿Está tomando en la actualidad medicamentos recetados por su doctor u otro profesional de la salud para controlar el colesterol?

(137)

**NOTA**: Si el encuestado pregunta por qué podrían tomar medicamentos sin tener el colesterol alto, lea: Los médicos pueden estatinas para quienes no tienen colesterol alto pero tienen un alto riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 7: Enfermedades Crónicas**

¿Alguna vez un doctor, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades? Para cada una, responda ‘Sí,’ ‘No,’ o ‘No estoy seguro.’

**C07.01** ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio?

(138)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.02** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria? (139)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.03** ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un accidente cerebrovascular? (140)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.04** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma? (141)

2 NO **[GO TO C07.06]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C07.06]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C07.06]**

**C07.05** ¿Usted todavía tiene asma?

(142)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.06** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía cáncer de piel que no era melanoma?

(143)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.07** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía melanoma u otro tipo de cáncer?

(144)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.08** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o bronquitis crónica?

(145)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.09** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia )o depresión leve?

(146)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.10** Sin tener en cuenta los cálculos renales, infección en la vejiga, o incontinencia, ¿alguna vez le dijeron que tenía una enfermedad renal? (147)

**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

**C07.11** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

(148)

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)

**C07.12** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes?

(149)

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

3 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

4 NO, PREDIABETES O INTOLERANCIA A LA GLUCOSA **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Module 1: Pre-Diabetes**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 1, PRE-DIABETES, QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: ONLY ASKED OF THOSE NOT RESPONDING ‘YES’ (CODE = 1) TO C07.12 (DIABETES AWARENESS QUESTION).]***

**M01.01** ¿Cuándo fue la última vez que un médico, enfermero u otro profesional de la salud le hizo un análisis de sangre para detectar niveles altos de azúcar en la sangre o diabetes?

(260)

1 en el último año (menos de 12 meses)  
2 en los últimos 2 años (1 año pero menos de 2 años)  
3 en los últimos 3 años ( 2 años pero menos de 3 años)  
4 en los últimos 5 años ( 3 a 4 años, pero menos de 5 años)  
5 dólares en los últimos 10 años ( 5 a 9 años, pero menos de 10 años)  
6 10 años o más  
8 Nunca  
  
7 NO SÉ/NO ESTOY SEGURO  
9 REHUSÓ

***[CATI NOTE: IF C07.12 = 4 (NO, PRE-DIABETES OR BORDERLINE DIABETES), ANSWER M01.02 =1 (YES).]***

**M01.02** ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene prediabetes o diabetes límite?

(261)

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

1 SÍ

2 SÍ, PERO OCURRIÓ ÚNICAMENTE DURANTE EL EMBARAZO

3 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C07.13** ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes?

(150-151)

\_ \_ CODIFIQUE LA EDAD EN AÑOS ***[CATI/INTERVIEWER NOTE: 97 = 97 AND OLDER.]* [GO TO NEXT SECTION]**

98 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

99 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

## **Sección 8: Información Demográfica**

**C08.01** ¿Qué edad tiene?

(152-153)

\_ \_ CODIFIQUE LA EDAD EN AÑOS ***[RANGO: 18-99]***

07 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

09 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.02** ¿Es usted latino o hispano, o de origen español?

(154-157)

**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 **[GO TO UT8.2c]**

5 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C08.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C08.03]**

***[CATI NOTE: ASK UT8.2c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT8.2c** Usted se identifica como ‘De otro origen Latino, o Hispano, o Español.’ Es usted:

(930-933)

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

**POR FAVOR LEER:**

1 Dominicano/a

2 Centro Americano/a

3 Sudamericano/a

4 De otro origen Latino, Hispano o Español

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.03** ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece?

Diría usted que ... Blanco, Negro o afroamericano, Indioamericano o nativo de Alaska, Asiático o Isleño del Pacífico ? (158-185)

**NOTE:** If Asian, ask: Indoasiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, o otro Asiático.

**NOTE:** If Pacific Islander, ask: Nativo de Hawái, Guameño o Chamorro, Samoano, o otro Isleño del Pacífico.

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

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 **[GO TO UT8.3c]**

60 OTRO (ESPECIFIQUE)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M21.01]**

99 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO M21.01]**

***[CATI NOTE: ASK UT8.3c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT8.3c** Usted se identifica como de ‘Otras islas del Pacífico.’ Es usted:

(934)

**POR FAVOR LEER:**

1 Tongano

2 De otras islas del Pacífico

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF MORE THAN ONE RESPONSE TO C08.03, CONTINUE. OTHERWISE, GO TO MODULE 27, SEX AT BIRTH.]***

## **Módulo 21: Sexo al Nacer**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 27, SEX AT BIRTH, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**M21.01** ¿Cuál fue su sexo al nacer?  ¿hombre o mujer?

(579)

**NOTA:** Esta pregunta se refiere al certificado de nacimiento original del encuestado. No se refiere a certificados de nacimiento enmendados.

1 HOMBRE

2 MUJER

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 22: Orientación Sexual e Identidad de Género**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 22, SEXUAL ORIENTATION AND GENDER IDENTITY, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

Las siguientes dos preguntas son sobre orientación sexual e identidad de género.

***[CATI NOTE: ASK M22.01a IF SEX = 1 (MALE).]***

**M22.01** ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual: 1, Gay; 2, Heterosexual; 3, Bisexual; o 4, ¿Algo más?

(580)

**NOTA:** Por favor diga el número antes de la respuesta de texto. El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

**LEA SI ES NECESARIO:** Hacemos esta pregunta para comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

**NOTA:** Si el encuestado no comprende el tema de la pregunta, codifique 7.

1 GAY

2 HETEROSEXUAL

3 BISEXUAL

4 ALGO MAS

7 NO SÉ LA RESPUESTA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK M22.01b IF SEX = 2 (FEMALE).]***

**M22.02** ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual: 1, Lesbiana o gay; 2, Heterosexual; 3, Bisexual; o 4, ¿Algo más?

(581)

**LEA SI ES NECESARIO:** Hacemos esta pregunta para comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

**NOTA:** Por favor diga el número antes de la respuesta de texto. El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

**NOTA:** Si el encuestado no comprende el tema de la pregunta, codifique 7.

1 LESBIANA O GAY

2 HETEROSEXUAL

3 BISEXUAL

4 ALGO MAS

7 NO SÉ LA RESPUESTA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M22.03** ¿Se considera transgénero?

(582)

Si ‘Sí,’ pregunte: ¿Se considera usted mismo como 1, hombre a mujer; 2, mujer a hombre; o 3, ¿género no conforme?

**NOTA:** El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

**NOTA:** Si se le pregunta acerca de la definición de no conformismo de género: algunas personas se consideran a sí mismas como no conformistas de género cuando no se identifican SOLO como un hombre o una mujer.

**LEA SI ES NECESARIO:** Algunas personas se describen a sí mismas como transgénero cuando experimentan una identidad de género diferente a la de su sexo al nacer. Por ejemplo, una persona que nace en un cuerpo masculino, pero que se siente femenina o vive como una mujer, sería transgénero. Algunas personas transgénero cambian su apariencia física para que coincida con su identidad de género interna. Algunas personas transgénero toman hormonas y otras tienen cirugía. Una persona transgénero puede ser de cualquier orientación sexual, heterosexual, homosexual, lesbiana o bisexual.

1 (SÍ, TRANSGÉNERO,) HOMBRE A MUJER

2 (SÍ, TRANSGÉNERO,) MUJER A HOMBRE

3 (SÍ, TRANSGÉNERO,) GÉNERO NO CONFORME

4 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 8: Información Demográfica CONTINUED**

**C08.04** ¿Es usted casado, divorciado, viudo, separado, nunca estuvo casado o vive en pareja sin estar casado?

(186)

1 CASADO

2 DIVORCIADO

3 VIUDO

4 SEPARADO

5 NUNCA ESTUVO CASADO

6 VIVE EN PAREJA SIN ESTAR CASADO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.05** ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha completado?

(187)

**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

***[CATI NOTE: ASK RELIGIOUS IDENTITY QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**RELIGID** ¿Se considera ser... ...? (Seleccione sólo una.)

(935-936)

**NOTA:** Si el entrevistado dice 'Sí,' pregunte: '¿De qué religión eres?', entonces elegir entre las siguientes opciones.

**POR FAVOR LEA LAS OPCIONES 1-6 SOLAMENTE:**

1. Protestante
2. Católico/a
3. Judío/a

04   La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (LDS)

05 Alguna otra religión que no he mencionada

66 Se considera de una religión espiritual, pero no una religión formal

06 No religión

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

1. AGNÓSTICO, ATEO
2. BAUTISTA, BAUTISTA DEL SUR
3. BUDISTA, HINDÚ, MUSULMÁN, ISLAM
4. CRISTIANO, NACIDO DE NUEVO, LA IGLESIA DE CRISTO, PENTACOSTAL
5. EPISCOPAL, LUTERANA, METODISTA, PRESBITERIANA
6. ORTODOXA GRIEGA, ORTODOXA ORIENTAL
7. TESTIGO DE JEHOVÁ
8. LA RELIGIÓN NATIVA AMERICANA
9. SIN DENOMINACION
10. UNITARIO/A

**C08.06** ¿Vive en casa propia o rentada?

(188)

**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

**C08.07** ¿En qué condado vive usted en estos momentos?

(189-191)

**\_ \_ \_** CÓDIGO ANSI DEL CONDADO

888 CONDADO EN OTRO ESTADO

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.08** ¿Cuál es el código postal de donde vive en estos momentos?

(192-196)

**\_ \_ \_ \_ \_** INGRESE EL CÓDIGO POSTAL DE 5 DÍGITOS

77777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99999 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF CELL PHONE INTERVIEW, GO TO C08.11.]***

**C08.09** Sin incluir los teléfonos celulares o los números utilizados para computadoras, máquinas de fax o sistemas de seguridad, ¿tiene más de un número de teléfono en su hogar?

(197)

1 SÍ

2 NO **[GO TO C09.12]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C09.12]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C09.12]**

**C08.10** ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares?

(198)

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

**C08.11** ¿Cuántos teléfonos celulares tienes para uso personal?

(199)

**NOTA**: Incluya teléfonos celulares utilizados tanto para uso comercial como personal.

1 UNO

2 DOS

3 TRES

4 CUATRO

5 CINCO

6 SEIS O MÁS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGUR

8 NINGUNO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK INTERNET ACCESS QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STINT1** ¿Qué tipo de acceso a Internet tienen usted o los miembros de su hogar en casa?

(937)

**NOTA:** La opción de respuesta 1 se refiere al acceso a través de un teléfono inteligente, dispositivo de punto de acceso personal, puerta de enlace WiFi LTE u otro dispositivo que utilice datos móviles. La opción de respuesta 2 se refiere al acceso a través de una conexión de banda ancha, cable, fibra óptica, DSL, satélite o de acceso telefónico.

**NOTA:** El acceso a internet puede impactar la salud de personas el no tener acceso confiable de internet puede ocacionar mas dificultades para acceder recursos como informacion de salud, hacer citas o asistir a citas virtuales con un medico

**POR FAVOR LEER:**

1. Acceso a través de una compañía de teléfono celular o plan de datos móviles
2. Acceso a través de un proveedor de servicios de Internet
3. Acceso a través de una compañía de teléfono celular y un proveedor de servicios de Internet
4. Tengo acceso pero no estoy seguro si es a través del servicio de teléfono celular o de un proveedor de servicios de Internet

8 SIN ACCESO A INTERNET EN CASA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.12** ¿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?

(200)

**NOTA:** El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero si 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

**C08.13** ¿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? (201)

**NOTA:** Si es más de una, diga: 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

***[CATI NOTE: ASK SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH EMPLOYMENT BENEFITS QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. ASK ONLY IF C08.14 = 1.]***

**STEMPBEN** ¿Para cuáles de los siguientes beneficios es usted elegible con su empleador? Incluya todos los beneficios para los que es elegible, incluso si no los está utilizando actualmente. Seleccione todas las que correspondan.

(938-953)

**POR FAVOR LEER:**

01 Seguro de salud

02 Días de enfermedad pagados

03 Días pagados de descanso por maternidad o paternidad

04 Horas de trabajo flexibles

05 Teletrabajo o trabajar desde casa

06 Servicios de Compensación para Trabajadores

07 Cuidado de niños en el lugar

08 Programas de bienestar para la salud (que abordan el abandono del tabaco, la pérdida de peso, el manejo del estrés)

88 NINGUNO

77 NO SABE / ESTÁ SEGURA

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.14** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

(202-203)

\_ \_ CANTIDAD DE NIÑOS

88 NINGUNO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.15** Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:

(204-205)

**NOTA:** Si el encuestado no desea responder a ninguno de los diferentes niveles de ingresos, ingrese el código ‘99’ (se niega a contestar).

5 Menos de $35 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 6; si es ‘sí,’ pregunte 4.**

(Entre $25 000 pero menos de $35 000)

4 Menos de $25 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 5; si es ‘sí,’ pregunte 3.**

(Entre $20 000 pero menos de $25 000)

3 Menos de $20 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 4; si es ‘sí,’ pregunte 2.**

(Entre $15 000 pero menos de $20 000)

2 Menos de $15 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 3; si es ‘sí,’ pregunte 1.**

(Entre $10 000 pero menos de $15 000)

1 Menos de $10 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 2; si es ‘sí,’ pregunte UTIncome=01.**

6 Menos de $50 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 7.**

(Entre $35 000 pero menos de $50 000)

7 Menos de $75 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 8.**

(Entre $50 000 pero menos de $75 000)

8 Menos de $100 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 9.**

(Entre $75 000 pero menos de $100 000)

9 Menos de $150 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 10.**

(Entre $100 000 pero menos de $150 000)

10 Menos de $200 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 11.**

(Entre $150 000 pero menos de $200 000)

11 $200 000 o más

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

***[CATI NOTE: THESE RESPONSE CATEGORIES ARE INCORPORATED INTO C08.15. WE NEED TO BE ABLE TO REPORT THE C08.15 CATEGORIES TO THE CDC, BUT WE WANT TO LOOK AT THESE FINER CATEGORIES AT THE STATE LEVEL.]***

**UTIncome**

(1169-1170)

1. MENOS QUE $5,000
2. $5,000 PERO MENOS DE $10,000

03 $10,000 PERO MENOS DE $15,000

04 $15,000 PERO MENOS DE $20,000

05 $20,000 PERO MENOS DE $25,000

06 $25,000 PERO MENOS DE $30,000

07 $30,000 PERO MENOS DE $35,000

08 $35,000 PERO MENOS DE $40,000

09 $40,000 PERO MENOS DE $45,000

10 $45,000 PERO MENOS DE $50,000

11 $50,000 PERO MENOS DE $55,000

12 $55,000 PERO MENOS DE $60,000

13 $60,000 PERO MENOS DE $65,000

14 $65,000 PERO MENOS DE $70,000

15 $70,000 PERO MENOS DE $75,000

16 $75,000 PERO MENOS DE $100,000

17 $100,000 PERO MENOS DE $150,000

18 $150,000 PERO MENOS DE $200,000

19 $200,000 O MÁS

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: SKIP IF MALE (MSAB.01, BIRTHSEX, IS CODED ‘1’; IF MSAB.02=MISSING AND CP.05 = 1; OR LL.12 = 1; OR LL.09 =1; LL.07 = 1; OR C09.01 < 1972 (>49 YEARS OLD)].***

**C08.16** Que usted sepa, ¿está embarazada?

(206)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.17** Apróximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(207-210)

**NOTA:** Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique ‘9’ en la primera posición. Redondee los decimales o las fracciones hacia arriba.

**\_ \_ / \_ \_** INGRESE EL PESO EN LIBRAS ENTERAS O KILOGRAMOS ENTEROS

7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C08.18** Apróximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

(211-214)

**NOTA**: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique ‘9 en la primera posición. Redondee los decimales o las fracciones hacia abajo.

**\_ \_ / \_ \_** INGRESE ESTATURA EN PIES/PULGADAS O METROS/ CENTÍMETROS

77 / 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 / 99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 9: Discapacidad**

**C09.01** Algunas personas que son sordas o tienen gran dificultad para oír pueden usar o no dispositivos de ayuda para comunicarse por teléfono. ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír?

(215)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C09.02** ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa lentes?

(216)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C09.03** Debido a una enfermedad física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

(217)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C09.04** ¿Tiene gran dificultad para caminar o subir las escaleras?

(218)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C09.05** ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

(219)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C09.06** Debido a una enfermedad física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al consultorio del doctor o ir de compras?

(220)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 10: Caídas**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF RESPONDENT IS 45 YEARS OR OLDER CONTINUE, OTHERWISE GO TO NEXT SECTION.]***

**C10.01** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído?

(221-222)

**NOTA:** Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

**\_ \_** Cantidad de veces ***[NOTA: 76 = 76 O MÁS]***

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]**

**C10.02** ¿Cuántas de estas caídas causaron una lesión que limito sus actividades regulares durante al menos un día o que lo llevaron a ver a un médico?

(223-224)

**NOTA:** Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

\_ \_ Numero de caídas ***[NOTA: 76 = 76 O MÁS]***

88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 11: Consumo de Tabaco**

**C11.01** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

(225)

**NOTA:** ‘En cigarrillos, no incluya: cigarrillos-electrónicos (e-cigarettes, NJOY, Bluetip, JUUL), 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 C11.03]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C11.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C11.03]**

**C11.02** Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

(226)

1 TODOS LOS DÍAS

2 ALGUNOS DÍAS

3 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**C11.03** ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o snus todos los días, algunos días o nunca?

(227)

**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

**C11.04** ¿Diría usted que nunca ha usado cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos para vapear en toda su vida o ahora los usa todos los días, los usa algunos días, o que los uso en el pasado, pero no actualmente? (228)

**LEA SI ES NECESSARIO:** Los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) y otros productos electrónicos de vapeo incluyen narguiles electrónicos (e-hookahs), bolígrafos vape, cigarros electrónicos y otros. Estos productos funcionan con baterías y generalmente contienen nicotina y sabores como frutas, menta o dulces. Las marcas de las que puede haber oído hablar son JUUL, NJOY o blu.

**NOTA:** Estas preguntas se refieren a productos de ‘vapor’ electrónicos para el uso de nicotina. En estas preguntas, no se incluye el uso de productos de ‘vapor’ electrónicos para el consumo de marihuana.

1 NUNCA USE CIGARRILLOS

2 LOS USA TODOS LOS DIAS

3 LOS USA ALGUNOS DIAS

4 PARA NADA (AHORA)

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 12: Consumo de Alcohol**

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol. Un trago de alcohol es equivalente a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una bebida con un trago de licor.

**C12.01** 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?

(229-231)

**LEA SI ES NECESARIO:** Una cerveza de 40 onzas contaría como tres tragos, o un cóctel con dos tragos contaría como dos tragos.

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]**

**C12.02**  En los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomo en promedio? (232-233)

**LEA SI ES NECESARIO:** Una cerveza de 40 onzas contaría como tres tragos, o un cóctel con dos tragos contaría como dos tragos.

**\_ \_** CANTIDAD DE TRAGOS ***[NOTA: 76 = 76 O MÁS]***

88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**C12.03** 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?

(234-235)

**\_ \_** CANTIDAD DE VECES

88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO99 SE NIEGA A CONTESTAR

**C12.04** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión?

(236-237)

**\_ \_** CANTIDAD DE TRAGOS ***[NOTA: 76 = 76 O MÁS]***

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 13: Vacunación (con culebrilla)**

**C13.01** En los últimos 12 meses, ¿le han inyectado una vacuna contra la gripe en el brazo o un atomizador nasal?

(238)

**LEA 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 C13.03]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C13.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C13.03]**

**C13.02** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea en atomizador nasal o inyectada en el brazo?

(239-244)

**\_ \_ / \_ \_ \_ \_** INGRESE MES/AÑO

77 / 7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 / 9999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C13.03** ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la neumonía, también conocida como vacuna antineumocócica?

(245)

**NOTA:** Hay dos tipos de vacunas contra la neumonía: la polisacárida, también conocida como Pneumovax®, y la conjugada, también conocida como Prevnar®.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***CATI NOTE: IF AGE<50, GO TO NEXT SECTION.***

**C13.04** ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la culebrilla o herpes zoster?

(246)

**NOTA**: El herpes zóster es una enfermedad que produce una erupción o ampollas en la piel, y generalmente es dolorosa. Ahora hay dos vacunas disponibles para el herpes zóster: Zostavax, que requiere 1 inyección y Shingrix que requiere 2 inyecciones.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Hecitencia Vacunal (Solo para Adultos)**

***[CATI NOTE: ASK VACCINE HESITANCY (ADULT ONLY) QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**AVH01A** ¿Ha recibido todas las vacunas que le recomendaron o que sabía que le faltaban, excluyendo la vacuna anual contra la gripa y cualquier vacuna para COVID-19?

(954)

1 SÍ **[GO TO NEXT SECTION]**

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**AVH02** Le voy a leer una lista de razones por las cuales las personas no reciben una vacuna recomendada. Cuando termine, dígame si alguna de las situaciones describe la razón principal por la que no ha recibido una vacuna recomendada.

(955-956)

**POR FAVOR LEER**:

01 No creo que las vacunas sean seguras o efectivas

02 No creo que corra el riesgo de contraer la enfermedad

03 Creo que es mejor contraer la enfermedad en lugar de la vacuna

04 Me opongo a la vacunación por razones filosóficas o religiosas

05 Mi proveedor de atención médica nunca ha discutido conmigo los motivos para vacunarse

06 Es difícil para mí tener el tiempo o el dinero para vacunarme

07 Previamente tuve la enfermedad y no necesito la vacuna

08 OTRA (ESPECIFICAR):

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 14: V.I.H./Sida**

**C14.01** ¿Incluyendo pruebas de fluidos en la boca, pero no incluyendo las pruebas que pudo haber tenido para la donación de sangre, ¿alguna vez le hicieron una prueba de VIH?

(247)

**NOTA:** 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.

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]**

**C14.02** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del V.I.H.por última vez?

(248-253)

**NOTA:** Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique ‘777777’ o ‘NO SABE / NO ESTÁ SEGURO.’

**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. Ejemplo: 772010.

**\_ \_ /\_ \_ \_ \_** CODIFIQUE MES Y AÑO

(POR EJEMPLO: JUNIO DE 2020 = 062020)

777777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999999 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 15: Uso del Cinturón de Seguridad y Conducción Bajo la Influencia del Alcohol**

**C15.01** ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un automóvil? Diría usted que...

(254)

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

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C12.01 = 888 (NO DRINKS IN THE PAST 30 DAYS), GO TO NEXT SECTION.]***

**C15.02** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha manejado después de haber bebido quizá demasiado?

(255-256)

**\_ \_** CANTIDAD DE VECES

88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 16: Efectos a largo plazo del COVID-19**

**C16.01** ¿Alguna vez ha dado positivo en la prueba de COVID-19 (usando una prueba rápida en el punto de atención, una auto prueba o una prueba de laboratorio) u otro proveedor de atención medica le ha dicho que tiene o ha tenido COVID-19?

(257)

**NOTA:** Estos resultados positivos incluyen a aquellos de las pruebas de anticuerpos, o

pruebas de sangre, así como aquellos de otras pruebas de COVID-19, como las que se hacen con muestras de la nariz o la garganta que se hacen con un hisopo o bastoncito de algodón incluyendo pruebas en casa. No incluya las veces que un profesional de la salud le haya dicho que usted probablemente tenía el virus, pero no le hizo una prueba para confirmarlo.

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]**

**C16.02** ¿Tuvo algún síntoma que le durara 3 meses o más y que no había tenido antes de tener coronavirus o COVID-19?

(258)

**NOTA:** Las enfermedades de larga duración podrían ser un efecto indirecto del COVID-19. Es posible que estas enfermedades no estén relacionadas con el virus mismo.

**LEA SI ES NECESARIO:** Cansancio o fatiga, dificultad para pensar o concentrarse u olvidos/problemas de memoria (a veces denominados “niebla mental”), dificultad para respirar o dificultad para respirar, dolor en las articulaciones o los músculos, latidos cardíacos acelerados o fuetes (también conocidos como palpitaciones del corazón) o dolor en el pecho, mareos al ponerse de pie, cambios menstruales, síntomas que empeoran después de las actividades físicas o mentales, pérdida del gusto o del olfato.

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]**

**C16.03** ¿Estos síntomas de largo plazo le reducen su capacidad para realizar actividades cotidianas en comparación con el tiempo antes de tener COVID-19 ?

(259)

1. Si, mucho
2. Si, un poco
3. Para nada

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**Módulos Opcionales**

## **Módulo 15: Cese del Tabaco**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 15 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: ASK M15.01 ONLY IF C12.01=1 (YES) AND C12.02=3 (NOT AT ALL).]***

**M15.01** ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)?

(356-357)

**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

***[CATI NOTE: ASK M15.02 ONLY IF C12.01 = 1 (YES) AND C12.02=1 (EVERY DAY) OR 2 (SOME DAYS).]***

**M15.02** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

(358)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 16: Otro uso de tabaco**

***[CATI NOTE: ASK OTHER TOBACCO USE QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**M16.01** Actualmente, cuando fuma cigarrillos, ¿usualmente fuma cigarrillos mentolados?

(359)

1 SÍ  
2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK M16.02, IF C12.04=2, 3]***

**M16.02** Actualmente, cuando usa cigarrillos electrónicos, ¿usualmente usa cigarrillos electrónicos mentolados?

(360)

1 SÍ  
2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.03** La siguiente pregunta se refiere a los productos de tabaco para calentar. Algunas personas se refieren a estos como productos de tabaco que “calientan, no queman”. Estos calientan las barritas o capsulas de tabaco para producir un vapor. Algunas marcas de productos de tabaco para calentar son iQOS [eye-kos], Glo y Eclipse. Antes de hoy, ¿ha oído hablar de los productos de tabaco para calentar?

(361)

1 SÍ  
2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Uso de Tabaco de Utah**

***[CATI NOTE: ASK UTAH TABACCO USE QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS]***

***[CATI NOTE: ASK VAPEQ ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS, ASK VAPEQ ONLY IF C12.02=1 (YES).]***

**VAPEQ** Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de vapear por un día o mas porque estaba tratando de dejar de vapear?

(957)

1 SÍ  
2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C12.02 = 1 OR 2 (‘EVERYDAY’ OR ‘SOME DAYS’), THEN RESPONDENT HAS A STATUS OF ‘CURRENT SMOKER’ AND CONTINUE. OTHERWISE, GO TO STSMK3.]***

**STSMK1** En promedio, ¿Cuántos, cigarrillos al día fuma actualmente?

(958-960)

**\_ \_** NUMBER OF CIGARETTES

77 DON’T KNOW / NOT SURE

99 REFUSED

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

(961)

**NOTA:** Pause entre cada categoria de respuesta para permitir a los encuestados a responder ‘Si’ o ‘No’ a cada categoria. Ingrese el codigo de respuesta para el primer ‘Si’ y luego continuar a la siguiente pregunta.

1 En los próximos 7 días

2 En los próximos 30 días

3 En los próximos 6 meses

4 En el próximo año

5 En más de un año a partir de hoy

6 No piensas dejar de fumar

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C12.02 = 1 OR 2 (‘EVERYDAY’ OR ‘SOME DAYS’) OR IF M15.01 < 05 (RESPONDENT QUIT SMOKING IN THE PAST YEAR), CONTINUE TO STSMK3. OTHERWISE, GO TO STSMK7.]***

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 ?

(962)

1. SÍ
2. NO **[GO TO STSMK7]**

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?

(963)

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)?

(964)

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 número de teléfono para dejar de fumar, o consejería uno a uno de un proveedor de salud para ayudarle a dejar de fumar?

(965)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK7** En los últimos 30 días, alguien, incluido usted, ha fumado puros, cigarrillos, o pipas en algún lugar dentro de su hogar?

(966)

1 SÍ

2 NO

1. 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, pipa o cualquier otro producto del tabaco de alguien que no fue usted?

(967-968)

\_ \_ NUMERO DE DÍAS ***[RANGO: 1-7]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK STSMK10 AND STSMK 11 IF C12.02=1 OR 2 (CURRENT SMOKERS) OR IF C12.04=1 OR 2 (CURRENT VAPERS)]***

**STSMK10 ¿**Ha oído hablar del 1-800-QUIT-NOW?

(969)

1 SÍ

2 NO

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK11** ¿Alguna vez ha oído hablar del sitio web www.waytoquit.org?

(970)

1 SÍ

2 NO

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Module 29: Determinantes Sociales y Equidad en la Salud**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 29, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS]***

**M29.01** En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con su vida? ¿Esta usted muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho, o muy insatisfecho?

(613)

1 MUY SATISFECHO

2 SATISFECHO

3 INSATISFECHO

4 MUY INSATISFECHO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.02** ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? ¿Diría

que siempre, usualmente, algunas veces, casi nunca, o nunca?

(614)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.03** ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a? ¿Diria que siempre,

usualmente, algunas veces, casi nunca, o nunca?

(614)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.04** En los últimos 12 meses, ¿ha perdido el empleo o le han reducido las horas de trabajo?

(615)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.05** Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido cupones para alimentos, también conocidos como SNAP, siglas en inglés de Programa Complementario de Asistencia Nutricional, en una tarjeta EBT?

(617)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.06** Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tuvo momentos en los que no le alcanzó la comida que compró y no tenía dinero para conseguir más? ¿Diría que siempre, usualmente, algunas veces, casi nunca, o nunca?

(618)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.07** Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo pagar la

hipoteca, la renta o las cuentas de los servicios públicos?

(619)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.08** Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua amenazó con cortarle el servicio?

(620)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.09** Durante los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido ir a citas médicas, reuniones, el trabajo, o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?

(621)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M29.10** 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 los problemas le ocupan la mente todo el tiempo. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido este tipo de estrés? ¿Diría que siempre, usualmente, algunas veces, casi nunca, nunca?

(622)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Accesso al Transporte**

***[CATI NOTE: ASK ACCESS TO TRANSPORTATION QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. ASK IF M29.09 = 1.]***

**STACT2** Anteriormente usted menciono que la falta de transportación confiable le impidió ir a citas, trabajo o conseguir las cosas para su vida diaria, ¿Qué tipo de transporte estaba tratando de tomar?

(971)

**NOTA:** Los servicios de viaje compartido se refieren a los servicios de automóvil que permiten a una persona usar una aplicación de teléfono inteligente para compartir un viaje privado o compartido con otras personas, generalmente en un vehículo privado.

**POR FAVOR LEER:**

1 Carro

2 Autobús o tren (TRAX, FRONTRUNNER)

3 Caminando

4 Bicicleta o scooter

5 Servicios de viaje compartido (UBER, LYFT)

6 Otra

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Inseguridad Alimentaria**

***[CATI NOTE: FOOD INSECURITY QUESTIONS, STFS5 ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22 AND STSF2 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STSF5** Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se preocupó de si se le acabaría la comida antes de tener dinero para comprar más? ¿Diría usted que siempre, usualmente, algunas veces, raramente, o nunca?

(972)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 RARAMENTE

5 NUNCA

8 NO APLICABLE

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSF2** ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses diría que estuvo preocupado o estresado porque no tenía suficiente dinero para comprar alimentos NUTRITIVOS? Diría usted que siempre, usualmente, algunas veces, raramente, o nunca...

(973)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 RARAMENTE

5 NUNCA

8 NO APLICABLE

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 31: Selección Aleatoria de Niños**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 31, RANDOM CHILD SELECTION, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. IF C09.14 = 88 OR 99 (NO CHILDREN UNDER AGE 18 IN THE HOUSEHOLD, REFUSED), GO TO NEXT MODULE.]***

***[CATI NOTE: IF C09.14= 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 M31.01.]***

***[CATI NOTE: IF C09.14 IS >1 AND C0Q9.14 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.]***

**M31.01** ¿En qué mes y año nació el ‘X’ niño?

(630-635)

\_ \_ / \_ \_ \_ \_ CODIFIQUE MES Y AÑO

***(POR EJEMPLO: AGOSTO DE 2004 = 082004)***

77/7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99/9999 SE NIEGA 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).]***

**M31.02** ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (636)

1 NIÑO

2 NIÑA

1. SE NIEGA A CONTESTAR

**M31.03** ¿Cuál era el sexo del niño/a en su certificado de nacimiento original?

(637)

1 NIÑO

2 NIÑA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M31.04**¿Es el niño hispano, latino, o de origen español? (638-641)

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Si la respuesta es ‘Sí,’ pregunte: ¿es...?

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

**POR FAVOR LEER:**

1 Mexicano, Mexicoamericano, Chicano/a

2 Puertorriqueño

3 Cubano

4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español **[GO TO UT31.3c]**

5 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK UT31.3c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT31.3c** Usted identifica su niño como ‘De otro origen Latino, o Hispano, o Español.’ Es el niño:

(974-977)

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

**POR FAVOR LEER:**

1 Dominicano/a

2 Centro Americano/a

3 Sudamericano/a

4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M31.05** ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño?

Diría usted que ... Blanco, Negro o afroamericano, Indioamericano o nativo de Alaska, Asiático o Isleño del Pacífico ? (642-669)

**NOTA:** IF ASIAN ASK: Indoasiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, o otro Asiático.

**NOTA:** IF PACIFIC ISLANDER ASK: Nativo de Hawái, Guameño o Chamorro, Samoano, o otro Isleño del Pacífico.

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

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 **[GO TO UT31.4c]**

60 OTRO (ESPECIFIQUE)

88 DO NOT USE

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

1. SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK UT25.4c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT31.4c** Usted identifica su niño como ‘Otro Isleño del Pacífico.’ Es el niño:

(978)

**POR FAVOR LEER:**

1 Tongano

2 De otras islas del Pacífico

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M31.06** ¿Qué relación tiene usted con el niño? Diría usted que... (670)

**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 32: Prevalencia del Asma Infantil**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 32, CHILDHOOD ASTHMA PREVALENCE, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF RESPONSE TO C09.14 = 88 OR 99, GO TO STATE-ADDED QUESTIONS.]***

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

**M32.01** ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero, u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma? (671)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**

**M32.02** ¿El niño aún tiene asma? (672)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

# **Preguntas Adicionales del Estado**

## **Vacuna contra la Vacilación (solo para Niños)**

***[CATI NOTE: ASK VACCINE HESITANCY (CHILD ONLY) QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C09.14 = 88 OR 99, GO TO NEXT SECTION.]***

**CVH01A** ¿Ha recibido su hijo(hijos) todas las vacunas que se le recomendaron o que usted sabía que le hacían falta, excluyendo la vacuna anual contra la gripe y cualquier vacuna contra el COVID-19?

(979)

1 SÍ **[GO TO NEXT SECTION]**

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**CVH02** Le voy a leer una lista de razones por las cuales los niños no reciben una vacuna recomendada. Cuando termine, dígame si alguna de las situaciones describe la razón principal por la que su hijo no recibió la vacuna recomendada.

(980-981)

01 No creo que las vacunas sean seguras o efectivas

02 No creo que mi hijo esté en riesgo de contraer la enfermedad

03 Creo que es mejor contraer la enfermedad en lugar de la vacuna

04 Me opongo a la vacunación por razones filosóficas o religiosas para vacunar a mi hijo

05 Mi proveedor de atención médica nunca ha discutido conmigo los motivos para vacunarse

06 Es difícil para mí tener el tiempo o el dinero para vacunarme

07 Mi hijo ha tenido previamente la enfermedad y no necesito la vacuna

08 OTRA (ESPECIFICAR): (1042-1081)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 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 C03.01 = 88 (ADULT HAS NO COVERAGE OF ANY TYPE), GO TO UNINS, OTHERWISE, GO TO KCOVTYPE.]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INTRODUCTION TO ‘INSURANCE AND ACCESS’ QUESTIONS CHANGES DEPENDING ON HOW THE RESPONDENT ANSWERED THE CORE HEALTH INSURANCE QUESTION AND WHETHER OR NOT THEY HAVE A CHILD IN THE HOUSEHOLD.]***

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su cobertura [y de su hijo] de seguro de salud y actividades relacionadas con el trabajo.

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF C03.01 = 2, READ: ‘EARLIER, YOU SAID YOU DID NOT HAVE ANY HEALTHCARE COVERAGE. THERE ARE SOME TYPES OF PLANS YOU MAY NOT HAVE CONSIDERED.’]***

**UNINS** ¿Por cuántos meses ha estado usted sin seguro médico?

(982-983)

00 MENOS DE 4 SEMANAS

01-60 PON # DE MESES

61 MÁS DE 5 AÑOS

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASKED IF C03.01 = 88 (ADULT HAS NO COVERAGE OF ANY TYPE). DISPLAY WORDS IN BRACKETS IF THERE IS MORE THAN 1 ADULT LIVING IN THE HOUSEHOLD.]***

**WHY** Voy a leerle una lista de razones por las que podría estar sin seguro médico. Por favor, dígame cuáles son sus razones. ¿No tiene seguro porque…

(984-1001)

**LEA LAS RESPUESTAS, SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN.**

1 El empleador de usted [o alguien más en su casa] no ofrece seguro de salud

2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo

3 Usted [o alguien más en su casa] es un empleado temporal

4 Usted [o alguien más en su casa] trabaja por cuenta propia

5 Las primas cuestan demasiado

6 Está sano y decidió que sería mejor estar 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: ASKED OF SRs OF INSURED, UNINSURED, AND UNDETERMINED INSURANCE STATUS IF C08.14 = 3, 4, 5, 6, 7, 8, or 9, GO TO ‘EMPLOYED.’ IF C08.14 = 1 OR 2, GO TO ‘HOURSWKD.’]***

**EMPLOYED** ¿Hace cualquier trabajo por una remuneración o beneficencia?

(1002)

**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 compañias que ofrecen seguro de salud.’

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

1 SÍ

2 NO **[GO TO KCOVTYPE]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C08.14 = 1 OR 2, SHOW ‘EARLIER YOU SAID YOU ARE [FILL IN WITH EITHER ‘EMPLOYED FOR WAGES’ OR ‘SELF-EMPLOYED.’ F EMPLOYED = 1, 7, OR 9, ASK ‘HOURSWKD.’]***

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

(1003-1004)

**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

***[CATI NOTE: IF C08.15 = 88 OR 99, GO TO NEXT SECTION.]***

***[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?

(1005-1020)

**NOTA:** Si el encuestado dice ‘a través de Intercambio Federal de Salud healthcare.gov, pregunte si el seguro se compró en forma privada (‘02’) o a través de Medicaid (‘04’).

**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.

**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 El Programa de Seguro de Salud para Niños de Utah (CHIP)

06 TRICARE (anteriormente CHAMPUS),VA, o Military

07 Servicio de Salud Indigena

08 Alguna otra fuente

09        Ninguno (no tiene seguro de salud)   **[GO TO KUNINS]**

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO  

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INSURANCE STATUS OF THE CHILD IS NOW DETERMINED. 0 = UNDETERMINED, 1 = INSURED, 2 = UNINSURED. 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. 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 NEXT SECTION.]***

**KHLTHEX** ¿La cobertura del niño/a es a través del Intercambio Federal de Salud healthcare.gov?

(1021)

1 SÍ **[GO TO NEXT SECTION]**

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]**

**KUNINS** ¿Por cuántos meses ha estado el niño(a) sin seguro médico?

(1022-1023)

00 MENOS DE 4 SEMANAS

01-60 PON # DE MESES

61 MÁS DE 5 AÑOS

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[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 que el niño(a) podría estar sin seguro. Voy a leerle una lista de razones, por favor, dígame cuales son las razones para el niño(a). ¿Está el niño(a) sin seguro porque…

(1024-1041)

**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] está 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

## **COVID-19**

***[CATI NOTE: ASK COVID-19 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

Las siguientes preguntas son sobre sus experiencias y opiniones sobre COVID-19.

**CVDINFQ1** ¿Cuál de los siguientes sería el lugar principal donde buscaría información sobre el COVID-19?

(1042-1043)

**POR FAVOR LEER:**

1. Trabajador comunitario de la salud
2. Organización comunitaria, como una iglesia o biblioteca
3. Coronavirus.utah.gov
4. Línea telefónica COVID-19
5. Proveedor de atención médica, como un médico, una clínica de salud, una farmacia o un seguro de salud
6. Departamento de salud
7. Internet o búsqueda en Google
8. Noticias (TV, radio o internet)
9. Redes sociales
10. Algo más (por favor especifique)

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**CVDTSTQ1** Si pensara que podría tener COVID-19 o haber estado expuesto, ¿dónde sería MÁS PROBABLE que se hiciera la prueba?

(1044)

**[READ OPTIONS 1 – 6 – SELECT ONLY ONE]**

1. En casa usando un kit de prueba casero
2. En una clínica médica (consultorio médico, atención de urgencia, sala de emergencias, etc.)
3. En una farmacia
4. En un sitio de prueba en su vecindario

6 En otro lugar (por favor especifique)

8 NO ME HAGO LA PRUEBA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**CVDQ13** ¿Ha usado una prueba para COVID-19 en casa?

(1045)

**SÍ LA RESPUESTA ES SÍ: Fue... POR FAVOR LEER**

1 SÍ - en las ultimas 2 semanas

2 SÍ - en las ultimo mes

3 SÍ - en las últimos 6 meses

4 SÍ - mas de 6 meses atrás

5 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

1. RECHAZADO

**[If NO (5) to CVDQ13]**

**CVDQ13B** ¿Cuál de las siguientes es la razón principal por la que NO ha utilizado una prueba casera para COVID-19?

(1046-1047)

01 No he tenido síntomas ni he estado expuesto

02 No tengo dinero para comprar una prueba casera

03 No sé dónde conseguir una prueba casera

04 No estoy seguro de poder hacerlo correctamente

05 No confío en el resultado

06 Necesito un resultado oficial

07 No quiero hacer una prueba

08 Alguna otra razón (por favor especifique)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Abuso de sustancias y Estigma del uso indebido**

***[CATI NOTE: ASK SUBSTANCE ABUSE STIGMA QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STSUBAB** Cómo respondería a la siguiente declaración? En general, me preocupo y simpatizo con las personas que abusan de sustancias. ¿Diría usted que está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo?

(1048)

**NOTA:** El abuso de sustancias se refiere al uso de una sustancia legal o ilegal que causa al usuario problemas o angustia importantes.

1 TOTALMENTE DE ACUERDO

2 DE ACUERDO

3 EN DESACUERDO

4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK STCHRPN QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATH 12/22.]***

**STCHRPN1** ¿Sufre algún tipo de dolor crónico, es decir, dolor que se presenta de forma

constante o se agudiza con frecuencia?

(1049)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STCHRPN4]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STCHRPN4]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STCHRPN4]**

**STCHRPN2**  Los opioides son medicamentos que alivian el dolor. Un proveedor de atención

médica puede recetar algunos opioides como la hidrocodona y la morfina. Otros opioides como la heroína no se pueden recetar. ¿Utiliza medicamentos opioides que le recetó un medico para tartar su dolor crónico?

(1050)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STCHRPN4]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STCHRPN4]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STCHRPN4]**

**STCHRPN3**  La última vez que surtió una receta de opioides, ¿utilizó alguno de los

Opioides con más frecuencia o en dosis más altas?

(1051)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STCHRPN4**  En el último año, ¿usó opioides recetados por un médico pero que NO fueron recetados para usted? Solo queremos saber sobre medicamentos recetados, NO medicamentos que están disponibles sin receta.

(1052)

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]**

**STCHRPN5**  Piense en la última vez que usó opioides recetados que no fueron recetados

para usted o que fue recetado para usted, pero para tratar otros síntomas.

¿Cuáles fueron las razones por las que usó el opioide recetado?

(1053-1059)

1. Para aliviar el dolor
2. Para aliviar otros síntomas físicos
3. Para aliviar la ansiedad o la depresión
4. Para divertirse, sentirse bien, drogarse
5. Para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia
6. Para ayudar a conciliar el sueño

8 Otro (especificar)

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Lesión Cerebral Traumática**

***[CATI NOTE: ASK ALL TRAUMATIC BRAIN INJURY QUESTIONS EXCEPT STTBI1 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. ASK STTBI1 ON QUESTIONNAIRE PATH 11/21 ONLY.]***

**STTBIQ1** ¿Qué nivel de conocimiento tiene sobre la lesión cerebral traumática o TBI? ¿Diría que no tiene mucho conocimiento, algo de conocimiento, conocimiento, mucho conocimiento, extremadamente de conocimiento?

(1060)

1. NO TIENE MUCHO CONOCIMIENTO
2. ALGO DE CONOCIMIENTO
3. CONOCIMIENTO
4. MUCHO CONOCIMIENTO
5. EXTREMADAMENTE DE CONOCIMIENTO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STTBI2** En su vida, ¿ha experimentado alguna vez un golpe o sacudida en la cabeza que le haya causado sentirse aturdido, confundido o perder el conocimiento?

(1061)

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]**

**STTBI3** ¿Cuáles son los síntomas principales que experimentó a raíz de su MAS GRAVE lesión en la cabeza? Seleccione todas las que correspondan.

(1062-1079)

**POR FAVOR LEER:**

1. Mareos o pérdida del equilibrio
2. Pérdida del conocimiento
3. Pérdida de memoria
4. Dolor de cabeza o migraña
5. Problemas de visión, audición o habla
6. Náuseas o vómitos
7. Fatiga o soñoliento
8. Convulsiones
9. Algún otro síntoma

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STTBI4** Le voy a leer una lista de las formas en que podría sufrir una lesión en la cabeza. ¿Qué evento provocó su lesión MAS GRAVE en la cabeza?

(1080-1081)

**POR FAVOR LEER:**

1. Caída (DESDE UNA BICICLETA, CABALLO, DESLIZAMIENTO, VIAJE O SALTO)
2. Accidente de vehículo motorizado
3. Agresión (LUCHA, GOLPEADO POR ALGO O ALGUIEN, SACUDIDO, DISPARO)
4. Evento relacionado con el deporte
5. Evento relacionado con maquinaria de construcción o agrícola

06 Evento relacionado con el ejército (COMBATE DE SERVICIO ACTIVO, ENTRENAMIENTO MIENTRAS ESTÁ EN SERVICIO)

07 Otro evento

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STTBI5** ¿Su lesión MAS GRAVE en la cabeza requirió alguna de las siguientes acciones? Seleccione todas las que correspondan.

(1082-1087)

**POR FAVOR LEER:**

1. Visita ambulatoria al médico
2. Visita de atención de urgencia
3. Visita de atención de emergencia
4. Hospitalización
5. Ausencia de trabajo o escuela por un día o más
6. Otro accion

8 SIN ACCION

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Comidas Familiares**

***[CATI NOTE: ASK FAMILY MEALS ON 12/22.]***

**FAMDIN2** En promedio, ¿Cuántas veces todos o la mayoría de su familia o miembros de su hogar comen juntos? Incluya solo a las personas que viven con usted en su hogar. Puede responder con el número de veces al día, o el número de veces a la semana, o el número de veces al mes.

[NOTE: IF RESPONDENT TRIES TO GIVE YOU MULTIPLE ANSWERS (E.G. # OF TIMES PER WEEK AND # OF TIMES PER MONTH), READ: You only need to give one response, either # of times per day, per week, or per month, whichever’s easiest for you to answer.]

(1088)

(1171-1172 in days)

(1173-1174 in weeks)

(1175-1176 in months)

**NOTE:** This question is NOT asked of those we know to live alone (1 adult in HH with 0 children).

1\_ \_ DÍA

2\_ \_ SEMANA

3\_ \_ MES

4 LESS THAN ONCE A MONTH

5 NUNCA

6 VIVO SOLO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

8 SE NIEGA A CONTESTAR

**HHDIN** En promedio, ¿Cuántas veces come con alguien que no es miembro de su hogar, como un amigo, otros miembros de la familia o compañeros de trabajo? Puede responder con el número de veces al día, o el número de veces a la semana, o el número de veces al mes.

[INTERVIEWER NOTE: IF RESPONDENT TRIES TO GIVE YOU MULTIPLE ANSWERS (E.G. # OF TIMES PER WEEK AND # OF TIMES PER MONTH), READ: YOU ONLY NEED TO GIVE ONE RESPONSE, EITHER # OF TIMES PER DAY, PER WEEK, OR PER MONTH, WHICHEVER’S EASIEST FOR YOU TO ANSWER.]

(1089)

(1177-1178 in days)

(1179-1180 in weeks)

(1181-1182 in months)

1\_ \_ DÍA

2\_ \_ SEMANA

3\_ \_ MES

888 NUNCA

777 NO SABE

999 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Telesalud/Telemedicina**

***[CATI NOTE: ASK TELEHEALTH/TELEMEDICINE QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STTELH1** En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado telesalud o telemedicina para alguno de los siguientes servicios médicos? Seleccione todas las que correspondan.

(1090-1095)

**NOTA:** Telesalud o telemedicina se refiere a la prestación remota de servicios de atención médica e información clínica mediante Internet, medios inalámbricos, satelitales y telefónicos.

**NOTA**: Las clases para la prevención y/o el autocuidado pueden ser para afecciones como presión arterial alta, prediabetes, diabetes, colesterol alto.

**POR FAVOR LEER:**

1. Chequeo de rutina
2. Pregunta o preocupación de salud urgente o aguda
3. Manejo de condiciones crónicas
4. Clases grupales para la prevención o el autocuidado de enfermedad crónicas
5. Servicios de salud mental
6. Otros servicios

8 NO HAN UTILIZADO TELESALUD O TELEMEDICINA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Atención Preventiva de Rutina**

***[CATI NOTE: ASK ROUTINE PREVENTIVE CARE TO WOMEN BETWEEN 18-45 WHO ANSWERED A SPECIFIC WAY ON CHCA04.]***

**PREVC1** Usted dijo que no ha visitado a un médico para un chequeo de rutina durante el último año. ¿Cuál es la razón principal por la que no se ha hecho un chequeo?

(1123-1124)

**POR FAVOR LEER:**

1. No sabía que necesitaba un chequeo de rutina anual.
2. No pude conseguir una cita cuando la quería
3. No tenía forma de llegar a la clínica o al consultorio del medico
4. No pude tomarme tiempo libre del trabajo
5. No tenía a nadie que cuidara de mis hijos
6. Dejé de ver a un médico debido a preocupaciones sobre COVID-19

08 Otra razón

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Acceso a la Planificación Familiar**

***[CATI NOTE: ASK ACCESS TO FAMILY PLANNING QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS FEMALE AND GREATER THAN 49 YEARS OF AGE, HAS HAD A HYSTERECTOMY (STFP3 = 13), OR IF RESPONDENT IS MALE, GO TO THE NEXT MODULE.]***

**STAFP5** ¿El método o los métodos anticonceptivos que está utilizando actualmente para prevenir el embarazo son los métodos que desea utilizar? Diría esta que...

(1125)

**POR FAVOR LEER:**

1. Sí, mi método actual es el que quiero usar**[GO TO STAFP3]**
2. No, prefiero usar un método diferente
3. No, actualmente no estoy usando ningún método, pero me gustaría hacer algo para prevenir el embarazo
4. Estoy tratando de quedar embarazad**[GO TO STAFP3]**
5. No quiero usar nada para prevenir el embarazo en este momento**[GO TO STAFP3]**
6. No tengo riesgo de embarazo (no soy sexualmente activa, mi pareja es del mismo sexo, mi pareja tuvo una vasectomía, tuvo una ligadura de trompas, experimenta infertilidad) **[GO TO STAFP3]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO**[GO TO STAFP3]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR**[GO TO STAFP3]**

**STAFP6** ¿Cuáles son las razones por las que no está usando su método anticonceptivo

preferido? (Seleccioné todas las que correspondan.)

(1126-1153)

**POR FAVOR LEER:**

1. No puedo pagarlo/No tengo seguro
2. Mi seguro no lo cubre
3. Mi médico/clínica no lo ofrece
4. Mi medico lo desaconsejó
5. No sé dónde puedo conseguirlo
6. Actualmente estoy amamantando
7. No voy a tener sexo
8. Mi pareja no quiere que lo use
9. Mi pareja masculina no quiere usar el método
10. Estoy esperando una cita para conseguirlo
11. No me gusta NINGUNO de los métodos que sé que existen actualmente
12. He usado este método en el pasado y no me gusto la forma en que me hizo sentir
13. No confío en la eficacia del método que preferiría usar
14. Otro

**STAFP3** En los últimos 12 meses, cuando vio a un doctor (o otro proveedor de atención médica), ¿tuvo una conversación sobre su deseo de evitar el embarazo o quedar embarazada? Seleccione la respuesta que mejor represente su experiencia más reciente.

(1154)

**LEA SI ES NECESARIO:** Ir al médico puede incluir visitas como un chequeo anual o una condición de salud específica no necesariamente relacionada con la salud reproductiva.

**POR FAVOR LEER:**

1 Sí, lo mencioné con mi proveedor

2 Sí, mi proveedor me lo menciono

3 No

4 No he visto a un doctor en los últimos 12 meses

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STAFP4** La última vez que obtuvó el control de la natalidad, ¿cómo lo pagó?

(1155)

**LEA SOLO SI ES NECESARIO:**

1 Mi seguro cubrió todo el costo

2 Mi seguro cubrió la mayor parte, yo pago una porción

3 Pagué todo esto de mi bolsillo

4 La clínica me ayudó a pagarlo

5 Alguien más (amigo, familia, pareja) me ayudó a pagar por ello

6 Me inscribí en un ensayo clínico para obtenerlo

8 NO SE APLICA, MI MÉTODO NO ME REQUIERE QUE PAGUE NADA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Consumo de Alcohol en el Embarazo**

***[CATI NOTE: ASK ALCOHOL USE IN PREGNANCY QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: ASK THIS MODULE OF FEMALES BETWEEN THE AGES OF 18 AND 45, IF CURRENTLY PREGNANT, SKIP STPREG1***

*Las siguientes preguntas son sobre su estado de embarazo y su historial*

**STPREG1** ¿Cuál de los siguientes describe su historial actual de embarazo o sus planes? Diría . . .

(1156-1158)

1 Ha estado embarazada en los últimos tres años

2 Actualmente está tratando de quedar embarazada

3 Tiene planes de quedar embarazada en los próximos tres años

8 NO A TODO/NINGUNO DE LOS ANTERIORES

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPREG2** ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estas con la siguiente afirmación? “Cualquier consumo de alcohol durante el embarazo puede ser dañino”. ¿Diría usted que está muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo?

(1159)

1 MUY DE ACUERDO

2 DE ACUERDO

3 NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

4 EN DESACUERDO

5 MUY EN DESACUERDO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPREG3** ¿Piensa que algo de consumo de alcohol durante el embarazo está bien? . . .

(1160-1162)

**[NOTE:** Read options 1-3 and select all that are ‘yes’.]

1 ¿Dependiendo del trimestre del embarazo?

2 ¿Dependiendo del tipo de alcohol?

3 ¿Dependiendo de la cantidad de alcohol?

8 NO A TODO/NINGUNO DE LOS ANTERIORES

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Manejo de la Artritis**

***[CATI NOTE: ASK ARTHRITIS MANAGEMENT ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C07Q11 = 1 (YES), CONTINUE. OTHERWISE, GO TO NEXT MODULE.]***

**STARTM1** ¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud ha sugerido alguna actividad física o ejercicio para ayudar a su artritis o síntomas en las articulaciones?

(1163)

**NOTA:** Si el encuestado no tiene claro si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, significa aumento.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STARTM2** ¿Alguna vez ha tomado un curso o clase educativa para enseñarle cómo manejar los problemas relacionados con su artritis o síntomas en las articulaciones?

(1164)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STARTM3** Por favor, piense en los últimos 30 días, intentando recordar todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si tomó o no medicamentos. Durante los últimos 30 días, ¿qué tan grave fue su dolor en las articulaciones en promedio en una escala de 0 a 10, donde 0 es sin dolor y 10 es el dolor o el dolor tan fuerte como puede ser?

(1165-1166)

\_ \_ INGRESE EL NÚMERO ***[RANGO: 00-10]***

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Enfermedad de Parkinson**

***[CATI NOTE: ASK PARKINSON’S DISEASE ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STPARK1** ¿ALGUNA VEZ un médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía la enfermedad de Parkinson?

(1167)

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]**

**STPARK2** ¿Ha visto a un neurólogo?

(1168)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

Quisiéramos 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 pueden 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?

(673)

1          SÍ

2          NO

¿Por favor, me da su primer nombre, iniciales, o apodo (de usted/de su niño) para saber por quién preguntar cuando volvamos a llamar?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Note el primer nombre, iniciales, o apodo

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

¿Cual hora seria mejor para regresar esta llamada? Tal como, durante las noches, durante los días o durante los fines de semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **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?

(674)

1. ADULTO
2. NIÑO

# **Declaración Final**

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