



2010

**Behavioral Risk Factor Surveillance System**

**Texas**

**TexMex**

**January 2010**

**(CDC Core - 12/31/2009)**

**U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES**

**Centers for Disease Control and Prevention**

**National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion**

**Division of Adult and Community Health**



## Contents

Interviewer Script .....	4
Core Sections .....	8
Section 01: Estado de Salud .....	9
Section 02: Días saludables, salud, calidad de vida relacionada .....	10
Section 03: Acceso a atención de la salud .....	11
Section 04: Sueño .....	13
Section 05: Ejercicio .....	14
Section 06: Diabetes .....	15
Module 01: Pre-Diabetes .....	16
Module 02: Diabetes .....	17
Section 07: Salud Dental .....	21
Section 08: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares .....	23
Section 09: Asma .....	24
Section 10: Discapacidad .....	25
Section 11: Uso de tabaco .....	26
Section 12: Características demográficas .....	28
[Preguntas sobre el teléfono celular] .....	34
Section 13: Consumo de alcohol .....	36
Module 31: Inmunización de Adulto de H1N1 Novel .....	38
Section 14: Inmunizaciones .....	40
Section 15: Caídas .....	42
Section 16: Cinturón de seguridad .....	43
Section 17: Drinking and Driving .....	44
Section 18: Salud de la mujer .....	45
Section 19: Control de cáncer de próstata .....	48
Section 20: Control de cáncer colo-rectal .....	50
Section 21: VIH/SIDA .....	53
Section 22: Apoyo emocional y satisfacción en la vida .....	56
Influenza like Illness .....	57
Module 10: Alto Riesgo/ Trabajador de Asistencia Médica .....	60
Module 11: Herpes zóster (Zostavax or ZOS) .....	64
Module 12: Difteria y tétano (Adultos) .....	65
Module 13: Virus del Papiloma Humano (HPV) .....	66
Module 14: Sobrevivencia del cáncer .....	67
Module 23: Selección al azar de niños .....	73

Module 24: Prevalencia del asma infantil .....	76
Module 27: Child Influenza like Illness .....	77
Module 30: Inmunización de Infancia de H1N1 Novel .....	78
Module 25: Inmunización infantil .....	81
Module 26: Virus del Papiloma Humano (HPV) en niños .....	82
State Added 01: Difteria y tétano (Adolescentes) (Version A & B) .....	83
State Added 02: Diabetes infantil .....	84
State Added 03: Autismo .....	85
State Added 04: Amamantamiento de Infancia (Version A & B) .....	87
State Added 05: Vacuna Hepatitis B (Version A) .....	88
State Added 06: VIH STDs (Version A) .....	89
State Added 07: Caregiver (Version B) .....	93
State Added 08: Planificación familiar (Version B) .....	99
State Added 09: Aculturación (Version A & B).....	105
State Added 10: Bebidas endulzadas con azúcar (Version A & B) .	108
State Added 11: Lactancia materna .....	109

## Interviewer Script

### INTROQST

HOLA, estoy llamando en representación del **Departamento de Salud de Texas**. Mi nombre es **[INTERVIEWER NAME]**. Estamos reuniendo información sobre la salud de los residentes de **Texas**. El departamento de salud está realizando este proyecto con la ayuda de los Centros Para el Control y Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono ha sido seleccionado al azar, quisiera hacerle algunas preguntas sobre la salud y hábitos de salud.

¿Es este número el [XXX-XXX-XXXX]?

- |   |  |     |   |          |
|---|--|-----|---|----------|
| 1 | NÚMERO CORRECTO (CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PREGUNTA) | SKP | → | PRIVRES  |
| 2 | EL NÚMERO NO ES EL MISMO                             | SKP | → | WRONGNUM |

### WRONGNUM IF - INTROQST = 2

Muchas gracias, pero parece que marqué un número equivocado. Es posible que llamen a este número en otro momento.

### PRIVRES IF - INTROQST = 1

¿Estoy hablando a una residencia privada?

- |   |                       |     |   |        |
|---|-----------------------|-----|---|--------|
| 1 | Yes, CONTINUE         | SKP | → | ISCELL |
| 2 | No, NO ES RESIDENCIAL | SKP | → | NONRES |

### NONRES IF - PRIVRES = 2

Muchas gracias, pero estamos entrevistando sólo a residencias privadas.

### ISCELL IF - PRIVRES = 1

¿Es este un teléfono celular?

LEER SI ES NECESARIO:

Un teléfono celular es un teléfono es móvil y puede usarse fuera de su vecindario.

- |   |   |     |   |         |
|---|---|-----|---|---------|
| 1 | NO, NO ES UN TELÉFONO CELULAR, CONTINÚE | SKP | → | ADULTS  |
| 2 | SÍ, ES UN TELÉFONO CELULAR              | SKP | → | CELLYES |

**CELLYES**

IF - ISCELL = 2

Muchas gracias, pero estamos entrevistando sólo a teléfonos de línea fija y a residencias privadas.

**ADULTS**

Para la entrevista, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. ¿Cuántos miembros de su hogar, incluyendo usted, tienen 18 años o más?

— INGRESE EL NÚMERO DE ADULTOS

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**MEN**

¿Cuántos adultos son hombres?

— INGRESE EL NÚMERO DE HOMBRES

**WOMEN**

¿Cuántas adultos son mujeres?

— Number of Adults

**WRONGTOT**

IF - MEN + WOMEN &lt;&gt; ADULTS

Disculpe, pero hay algo no está bien.

Número de hombres - {MEN}

+

Número de mujeres - {WOMEN}

-----

Número de adultos

- {ADULTS}

1	CORREGIR EL NÚMERO DE HOMBRES	<b>SKP</b>	→	<b>MEN</b>
2	CORREGIR EL NÚMERO DE MUJERES	<b>SKP</b>	→	<b>WOMEN</b>
3	CORREGIR EL NÚMERO DE ADULTOS	<b>SKP</b>	→	<b>ADULTS</b>

**SELECTED** IF - ADULT > 1 AND (MEN + WOMEN) = ADULTS

La persona en su casa con la que necesito hablar es [**RANDOMLY SELECTED ADULT**].

¿Es usted [**RANDOMLY SELECTED ADULT**]?

- |   |    |            |   |                 |
|---|----|------------|---|-----------------|
| 1 | SÍ | <b>SKP</b> | → | <b>YOURTHE1</b> |
| 2 | NO | <b>SKP</b> | → | <b>GETNEWAD</b> |

**ONEADULT** IF - NUMADLT = 1

¿Es usted el adulto?

NOTA AL ENTREVISTADOR: PREGUNTE EL SEXO SI ES NECESARIO.

- |   |                                 |            |   |                 |
|---|---------------------------------|------------|---|-----------------|
| 1 | SÍ, Y QUIEN RESPONDE ES HOMBRE. | <b>SKP</b> | → | <b>YOURTHE1</b> |
| 2 | SÍ, Y QUIEN RESPONDE ES MUJER.  | <b>SKP</b> | → | <b>YOURTHE1</b> |
| 3 | NO                              |            |   |                 |

**ASKGENDR** IF - ADULT =1 AND ONEADULT = 3

¿Es el adulto hombre o mujer?

- |   |        |
|---|--------|
| 1 | MALE   |
| 2 | FEMALE |

**GETADULT** IF - ONEADULT = 3

¿Podría hablar con ...

[IF ASKGENDR = 1 SHOW] ...él?

[IF ASKGENDR = 2 SHOW] ...ella?

- |   |   |
|---|---|
| 1 | EL ADULTO SE ESTÁ ACERCANDO AL<br>TELÉFONO                                    |
| 2 | VAYA A LA SIGUIENTE PANTALLA, PRESIONE<br>F3 PARA PROGRAMAR UNA NUEVA LLAMADA |

**YOURTHE1** IF - SELECTED = 1 OR ONEADULT < 3

Entonces usted es la persona con la que necesito hablar.

- |   |  |            |   |                 |
|---|--|------------|---|-----------------|
| 1 | PERSONA INTERESADA, CONTINÚE   | <b>SKP</b> | → | <b>INTROSCR</b> |
| 2 | VOLVER A LA PREGUNTA SOBRE ADULTOS.<br>ADVERTENCIA: OTRA PERSONA PODRÍA SER<br>SELECCIONADA PARA RESPONDER | <b>SKP</b> | → | <b>ADULTS</b>   |

**GETNEWAD**

IF - SELECTED = 2

¿Podría hablar con **[RANDOMLY SELECTED RESPONDENT]**?

- 1 LA PERSONA SELECCIONADA PARA RESPONDER SE ESTÁ ACERCANDO AL TELÉFONO **SKP** → **NEWADULT**
- 2 NO, VAYA A LA SIGUIENTE PANTALLA, PRESIONE F3 PARA PROGRAMAR UNA NUEVA LLAMADA **SKP** → **NEWADULT**
- 3 GO BACK TO ADULTS QUESTION. WARNING: A NEW RESPONDENT MAY BE SELECTED **SKP** → **ADULTS**

**NEWADULT**

IF - GETNEWAD = 1

HOLA, estoy llamando en representación del **Departamento de Salud de Texas**. Mi nombre es **[INTERVIEWER NAME]**.

Estamos reuniendo información sobre la salud de los residentes de **Texas**. El departamento de salud está realizando este proyecto con la ayuda de los Centros Para el Control y Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono ha sido seleccionado al azar, quisiera hacerle algunas preguntas sobre la salud y hábitos de salud.

- 1 PERSON INTERESTED, CONTINUE **SKP** → **PRIVRES**
- 2 GO BACK TO ADULTS QUESTION. WARNING: A NEW RESPONDENT MAY BE SELECTED **SKP** → **WRONGNUM**

## Core Sections

### INTROSCR

No le voy a pedir su dirección ni ninguna otra información personal que pueda identificarlo. Tiene la opción de no responder toda pregunta que no desee contestar y puede finalizar la entrevista en cualquier momento. Toda la información que usted me proporcione será confidencial. Esta llamada podría ser monitoreada con fines de control de calidad. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **[GIVE APPROPRIATE STATE TELEPHONE NUMBER]**.

- |   |  |            |   |               |
|---|--|------------|---|---------------|
| 1 | PERSON INTERESTED, CONTINUE  | <b>SKP</b> | → | <b>C01Q01</b> |
| 2 | GO BACK TO ADULTS QUESTION. WARNING: A<br>NEW RESPONDENT MAY BE SELECTED | <b>SKP</b> | → | <b>ADULTS</b> |

## Section 01: Estado de Salud

**C01INTRO**

**C01Q01**

¿Usted diría que en general su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Aceptable O
- 5 Mala
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C01END**

## Section 02: Días saludables, salud, calidad de vida relacionada

### C02INTRO

### C02Q01

Ahora piense en su salud física, la cual incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿cuántos días, en los últimos 30 días, su salud física no fue buena?

— NÚMERO DE DIAS

88 NINGUNO  
77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
99 SE NEGÓ A CONTESTAR  
01 MIN  
30 MAX

### C02Q02

Ahora, piense en su salud mental, la cual incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días, en los últimos 30 días, su salud mental no fue buena?

— NÚMERO DE DIAS

88 NINGUNO  
77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
99 SE NEGÓ A CONTESTAR  
01 MIN  
30 MAX

### C02Q03

IF - C02Q01 <> 88 AND C02Q02 <> 88

En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días el mal estado de salud física o mental impidió que realizara sus actividades cotidianas tales como el cuidado personal, trabajar o recreación?

— NÚMERO DE DIAS

88 NINGUNO  
77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
99 SE NEGÓ A CONTESTAR  
01 MIN  
30 MAX

### C02END

## Section 03: Acceso a atención de la salud

### C03INTRO

### C03Q01

¿Tiene algún tipo de cobertura de salud, incluyendo seguro de salud, planes prepagos como HMOs o planes del gobierno como Medicare?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### C03Q02

¿Hay alguna persona a la cual usted considere su médico personal o su proveedor de cuidados de salud?

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI RESPONDE "NO" PREGUNTE:

¿Hay más de una o usted no considera a ninguna persona como su médico personal o proveedor de cuidados de salud?

- 1 SÍ, SOLO UNA
- 2 MAS DE UNA
- 3 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### C03Q03

¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en que necesitó ver a un médico, pero no pudo hacerlo por el costo?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C03Q04**

¿Aproximadamente, cuándo fue su última visita a un médico para que le realice un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, no el examen por una lesión, enfermedad o condición específica.

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
- 3 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
- 4 5 años atrás o más
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 8 NUNCA
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C03END**

## Section 04: Sueño

**C04INTRO**

**C04Q01**

La siguiente pregunta es sobre tener el descanso o dormir lo suficiente.

En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días ha sentido que no tuvo el descanso suficiente o que no durmió lo suficiente?

— NÚMERO DE DIAS

88	NINGUNO
77	NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
99	SE NEGÓ A CONTESTAR
01	MIN
30	MAX

**C04END**

## Section 05: Ejercicio

**C05INTRO**

**C05Q01**

En el último mes, aparte de su empleo regular, ¿participó en alguna actividad física o realizó ejercicios tales como correr, calistenia, golf, jardinería o caminar para ejercitarse?

1 SI

2 NO

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C05END**

## Section 06: Diabetes

**C06INTRO**

**C06Q01**

¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene diabetes?

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y QUIEN RESPONDE ES MUJER, PREGUNTE:

"¿Fue sólo cuando estaba embarazada?"

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI QUIEN RESPONDE DICE PREDIABETES O DIABETES LÍMITROFE, USE EL CÓDIGO DE RESPUESTA 4.

- 1 SI
- 2 SÍ, PERO LA MUJER DIJO QUE FUE SOLO DURANTE EL EMBARAZO
- 3 NO
- 4 NO, PREDIABETES O DIABETES LIMÍTROFE
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C06END**

## Module 01: Pre-Diabetes

**M01INTRO**

IF - C06Q01 <> 1

**M01Q01**

¿Alguna vez en los últimos tres años le han realizado una prueba para determinar si su nivel de azúcar en la sangre era alto o si tenía diabetes?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M01Q02**

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

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y QUIEN RESPONDE ES MUJER, PREGUNTE:

¿Fue sólo cuando estaba embarazada?

- 1 SI
- 2 SI, DURANTE EL EMBARAZO
- 3 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02END**

## Module 02: Diabetes

**M02INTRO**

IF - C06Q01 = 1

**M02Q01**

¿Cuántos años tenía cuando le dijeron que tiene diabetes?

\_\_\_ CODIFIQUE LA EDAD EN AÑOS (97 = 97  
or older)

98 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

01 MIN

30 MAX

**M02Q02**

¿Toma insulina en este momento?

1 SI

2 NO

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02Q03**

¿Aproximadamente, con qué frecuencia analiza el nivel de glucosa o de azúcar en la sangre? Incluya las veces que lo hizo un miembro de la familia o un amigo pero **NO** incluya las veces que lo hizo un profesional de la salud.

NOTA:

101-199 = VECES POR DÍA 301-399 = VECES POR MES

201-299 = VECES POR SEMANA 401-499 = VECES POR AÑO

888 NUNCA

777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02Q04**

¿Aproximadamente, con qué frecuencia analiza si tiene llagas o irritaciones en los pies? Incluya las veces que lo hizo un miembro de la familia o un amigo pero **NO** incluya las veces que lo hizo un profesional de la salud.

NOTA:

101-199 = VECES POR DÍA 301-399 = VECES POR MES

201-299 = VECES POR SEMANA 401-499 = VECES POR AÑO

—

555 SIN PIES

888 NUNCA

777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02Q05**

¿Aproximadamente, cuántas veces en los últimos 12 meses ha visto a un médico, enfermero u otro profesional de la salud por su diabetes?

— NÚMERO DE VECES [**76 = 76 o más**]

88 NINGUNO

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02Q06**

Una prueba "A uno C" mide el promedio del nivel de azúcar en la sangre en los últimos tres meses. ¿Aproximadamente cuántas veces en los últimos 12 meses ha visto a un médico, enfermero u otro profesional de la salud para realizar la prueba "A uno C"?

— NÚMERO DE VECES [**76 = 76 o más**]

88 NINGUNO

98 NUNCA ESCUCHE ACERCA DE LA PRUEBA DE LA HEMOGLOBINA A1C ("A uno C")

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02Q07**

IF - M02Q04 &lt;&gt; 555

¿Aproximadamente, cuántas veces en los últimos 12 meses ha analizado sus pies un profesional de la salud para ver si tenían llagas o irritaciones?

\_\_\_ NÚMERO DE VECES [76 = 76 or more]

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

**M02Q08**

¿Cuándo fue la última vez que realizó un examen de la vista en el que sus pupilas fueron dilatadas? Esto debió provocar una sensibilidad temporal a la luz intensa.

LEA SOLO SI ES NECESARIO:

- 1 En el último mes (en algún momento del último mes)
- 2 En el último año (entre 1 mes y 12 meses atrás)
- 3 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
- 4 2 años atrás o más
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 8 NUNCA
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02Q09**

¿Alguna vez le ha dicho un médico que la diabetes ha afectado sus ojos o que tenía retinopatía?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M02Q10**

¿Ha asistido alguna vez a un curso o clase sobre el manejo personal de la diabetes?

- 1 SI
- 2 NO

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

**M02END**

## Section 07: Salud Dental

### C07INTRO

### C07Q01

¿Hace cuánto tiempo visitó por última vez a un dentista o una clínica dental por alguna razón? Incluya las visitas a los especialistas dentales tales como el ortodontista.

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
- 3 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
- 4 5 años atrás o más
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 8 NUNCA
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### C07Q02

¿Cuántos de sus dientes permanentes fueron extraídos a causa de las caries o debido a la enfermedad de las encías? Incluya los dientes que perdió debido a una infección, pero no incluya los que perdió por otras razones tales como una lesión u ortodoncia.

NOTA: SI LA MUELA DE JUICIO FUE EXTRAÍDA DEBIDO A LA PRESENCIA DE CARIES O DE LA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS, DEBEN SER CONTADAS COMO DIENTES PERDIDOS.

- 1 1 to 5
- 2 6 o más pero no todos
- 3 Todos
- 4 Ninguno
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C07Q03**

IF - NOT(C07Q01 = 8 AND C07Q03 = 3)

¿Hace cuánto tiempo fue a un dentista o a un higienista dental para que le realizara una limpieza dental por última vez?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
- 3 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
- 4 5 años atrás o más
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 8 NUNCA
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C07END**

## Section 08: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares

### C08INTRO

### C08Q01

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre enfermedades cardiovasculares.

¿**ALGUNA VEZ** le ha dicho un médico, enfermero u otro profesional de la salud que usted tenía alguna de las siguientes condiciones? Para cada una dígame "Sí", "No" o "No estoy seguro/a".

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

- 1 SI
- 2 NO

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

### C08Q02

¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina o enfermedad cardíaca coronaria?

- 1 SI
- 2 NO

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

### C08Q01

¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un derrame cerebral?

- 1 SI
- 2 NO

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

### C08END

## Section 09: Asma

**C09INTRO**

**C09Q01**

¿Alguna vez le ha dicho un médico, enfermero u otro profesional de la salud que tenía asma?

1 SI

2 NO

**SKP** → **C09END**

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

**SKP** → **C09END**

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**SKP** → **C09END**

**C09Q02**

IF - C09Q01 = 1

¿Todavía tiene asma?

1 SI

2 NO

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C09END**

## Section 10: Discapacidad

### C10INTRO

### C10Q01

Las siguientes preguntas son sobre los problemas de salud o impedimentos que usted podría tener.

¿Tiene usted algún tipo de limitaciones para poder hacer cualquier actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

- 1 SI
- 2 NO

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

### C10Q02

¿Tiene algún problema de salud que requiera el uso de equipos especiales, tales como un bastón, una silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?

NOTA: INCLUYA EL USO OCASIONAL O EL USO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS.

- 1 SI
- 2 NO

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

### C10END

## Section 11: Uso de tabaco

### C11INTRO

### C11Q01

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

NOTA: 5 PAQUETES = 100 CIGARRILLOS

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SI                      |     |   |        |
| 2 | NO                      | SKP | → | C11Q05 |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C11Q05 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C11Q05 |

### C11Q02

IF - C11Q01 = 1

¿Fuma **ACTUALMENTE** cigarrillos todos los días, algunos días, o no fuma?

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | TODOS LOS DIAS          |     |   |        |
| 2 | ALGUNOS DIAS            |     |   |        |
| 3 | NO FUMA                 | SKP | → | C11Q04 |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C11Q05 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C11Q05 |

### C11Q03

IF - C11Q02 = 1 OR C11Q02 = 2

En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar por un día o más porque estaba intentando dejar de fumar?

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SI                      | SKP | → | C11Q05 |
| 2 | NO                      | SKP | → | C11Q05 |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C11Q05 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C11Q05 |

**C11Q04**

IF - C11Q02 = 3

¿Cuándo fue la última vez que fumó cigarrillos con regularidad?

- 01 EN EL ÚLTIMO MES (EN ALGÚN MOMENTO EN EL ULTIMO MES)
- 02 EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (ENTRE 1 MES Y 3 MESES ATRÁS)
- 03 EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (ENTRE 3 MESES Y 6 MESES ATRÁS)
- 04 EN EL ÚLTIMO AÑO (ENTRE 6 MESES Y 1 AÑO ATRÁS)
- 05 EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ENTRE 1 AÑO Y 5 AÑOS ATRÁS)
- 06 EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS (ENTRE 5 AÑOS Y 10 AÑOS ATRÁS)
- 07 10 AÑOS O MÁS
- 08 NUNCA FUMO EN FORMA REGULAR
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C11Q05**

¿Usa en la actualidad tabaco de mascar, snuff o snus todos los días, algunos días, o nunca?

SNUS (RHYMES WITH 'GOOSE')

NOTA: SNUS (SNUFF EN SUECO) ES UN TABACO HÚMEDO QUE NO SE FUMA, QUE SE VENDE GENERALMENTE EN PEQUEÑAS BOLSITAS QUE SE COLOCAN DEBAJO DEL LABIO CONTRA LA ENCIA.

- 1 TODOS LOS DIAS
- 2 ALGUNOS DIAS
- 3 NO FUMA
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C11END**

## Section 12: Características demográficas

### C12INTRO

### C12Q01

¿Cuántos años tiene?

\_\_\_ CÓDIGO DE LA EDAD EN AÑOS

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

### C12Q02

¿Es usted hispano o latino?

- 1 SI
- 2 NO

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

### C12Q03

¿Cuál o cuáles de las siguientes razas diría que es su raza?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- 1 Blanco
- 2 Negro o afro-americano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico
- 5 Indio americana o nativo de Alaska O
- 6 Otra {Especifique}

- 8 NO HAY MAS OPCIONES
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q04**

IF - C12Q03 = MORE THAN 1 RESPONSE

¿Cuál de estos grupos diría que representa mejor su raza?

- 1 Blanco
- 2 Negro o afro-americano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico
- 5 Indio americana o nativo de Alaska O
- 6 Otra {Especifique}
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q05**

¿Alguna vez ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el ejército regular o en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar? El servicio activo no incluye el entrenamiento para las Reservas o la Guardia Nacional, pero **SÍ** incluye activación, como por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

- 1 SÍ, EN SERVICIO ACTIVO EN ESTE MOMENTO
- 2 SÍ, EN SERVICIO ACTIVO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PERO NO AHORA
- 3 SÍ, EN SERVICIO ACTIVO EN EL PASADO, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
- 4 NO, SOLO EN ENTRENAMIENTO PARA LA RESERVA O LA GUARDIA NACIONAL
- 5 NO, NUNCA PRESTÓ SERVICIO EN EL EJÉRCITO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q06**

¿Es usted...?

LEA POR FAVOR:

- 1 Casado/a
- 2 Divorciado/a
- 3 Viudo/a
- 4 Separado/a
- 5 Nunca se casó O
- 6 Miembro de una pareja que no está casada
  
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q07**

¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su casa?

- NÚMERO DE NIÑOS
- 88 NINGUNO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q08**

¿Cuál fue el grado o año más alto de educación que completó?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA O SOLO ASISTIÓ A KINDERGARTEN
- 2 GRADOS 1 AL 8 (PRIMARIA)
- 3 GRADOS 9 AL 11 (PARTE DE SECUNDARIA)
- 4 GRADOS 12 O GED (GRADUADO DE PREPARATORIA)
- 5 UNIVERSIDAD DE 1 AÑO A 3 AÑOS (PARTE DE LA UNIVERSIDAD O ESCUELA TÉCNICA)
- 6 UNIVERSIDAD POR 4 AÑOS O MAS (GRADUADO DE LA UNIVERSIDAD)
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q09**

En la actualidad ¿es usted...

LEA POR FAVOR:

- 01 Empleado asalariado
- 02 Empleado por cuenta propia
- 03 Sin empleo por más de 1 año
- 04 Sin empleo por menos de 1 año
- 05 Ama de casa
- 06 Estudiante
- 07 Jubilado/a O
- 08 No puede trabajar
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q10**

¿Son los ingresos anuales del hogar, provenientes de todas las fuentes..

INTERVIEWER NOTE: SI LA PERSONA ENCUESTADA REHUSA CUALQUIER NIVEL DE INGRESO, CODIFIQUE "99" SE NEGÓ A CONTESTAR

LEA SI ES NECESARIO:

- 01 Menos de \$10,000
- 02 Menos de \$15,000 (\$10,000 a menos de \$15,000)
- 03 Menos de \$20,000 (\$15,000 a menos de \$20,000)
- 04 Menos de \$25,000 (\$20,000 a menos de \$25,000)
- 05 Menos de \$35,000 (\$25,000 a menos de \$35,000)
- 06 Menos de \$50,000 (\$35,000 a menos de \$50,000)
- 07 Menos de \$75,000 (\$50,000 a menos de \$75,000)
- 08 \$75,000 o más
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q11**

¿Aproximadamente cuánto pesa usted, sin zapatos?

NOTE: SI QUIEN RESPONDE CONTESTA EN SISTEMA MÉTRICO, COLOQUE "9" EN LA PRIMERA COLUMNA. REDONDEE LAS FRACCIONES HACIA ARRIBA.

INGRESE EL PESO EN LIBRAS ENTERAS (POR EJEMPLO 220 LIBRAS = 220)  
o KILOGRAMOS ENTEROS (POR EJEMPLO 65 kilogramos = 9065 Y 110 kilogramos = 9110)

\_\_\_\_\_ PESO

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

**C12Q12**

¿Aproximadamente cuánto mide, sin zapatos?

NOTA: SI QUIEN RESPONDE CONTESTA EN SISTEMA MÉTRICO, COLOQUE "9" EN LA PRIMERA COLUMNA. REDONDEE LAS FRACCIONES HACIA ARRIBA.

INGRESE LA ALTURA EN PIES Y PULGADAS (POR EJEMPLO 5 PIES 9 PULGADAS = 509) O EN METROS Y CENTÍMETROS (POR EJEMPLO 1 METRO 75 CENTÍMETROS = 9175)

\_\_\_/\_\_\_ ALTURA

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

**C12Q13**

¿En qué condado vive?

\_\_\_ CODIGO FIPS DEL CONDADO

777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
999 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q14**

¿Cuál es su código postal?

\_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL

77777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
99999 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12Q15**

¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya teléfonos celulares o números de líneas utilizadas solo por una computadora o una máquina de fax.

1	SI		
2	NO	<b>SKP</b>	→ <b>C12Q17</b>
7	NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO	<b>SKP</b>	→ <b>C12Q17</b>
9	SE NEGÓ A CONTESTAR	<b>SKP</b>	→ <b>C12Q17</b>

**C12Q16**

IF - C12Q15 = 1

¿Cuántos de estos números de teléfono son números residenciales?

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

**C12Q17**

Durante los últimos 12 meses, ¿ha estado su hogar sin servicio **LÍNEA FIJA** de teléfono por una semana o más? No incluya interrupciones del servicio telefónico causadas por el clima o por desastres naturales.

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

## [Preguntas sobre el teléfono celular]

### **C12Q18A**

¿Tiene un teléfono celular para uso personal? Por favor, incluya los teléfonos celulares de uso laboral y de uso personal.

- |   |                         |            |   |                |
|---|-------------------------|------------|---|----------------|
| 1 | SI                      | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q18C</b> |
| 2 | NO                      |            |   |                |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |            |   |                |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |            |   |                |

### **C12Q18B** IF - C12Q18A <> 1

¿Comparte un teléfono celular de uso personal (al menos un tercio del tiempo) con otros adultos?

- |   |                         |            |   |                |
|---|-------------------------|------------|---|----------------|
| 1 | SI                      | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q18D</b> |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q19</b>  |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q19</b>  |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q19</b>  |

### **C12Q18C** IF - C12Q18A = 1

¿Comparte, en general, este teléfono celular (al menos un tercio del tiempo) con algún otro adulto?

- |   |                         |            |   |                |
|---|-------------------------|------------|---|----------------|
| 1 | SI                      | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q18D</b> |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q19</b>  |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q19</b>  |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C12Q19</b>  |

### **C12Q18D** IF - C12Q18A = 1 OR C12Q18B = 1

Teniendo en cuenta todas las llamadas telefónicas que recibe en la línea fija y en el teléfono celular, ¿qué porcentaje, entre 0 y 100, recibe en el teléfono celular?

\_\_\_ INGRESE EL PORCENTAJE [1-100]

- |     |                         |
|-----|-------------------------|
| 888 | NINGUNO                 |
| 777 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 999 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |

**C12Q19**

INDIQUE EL SEXO DE QUIEN RESPONDE. PREGUNTE EL SEXO SOLO SI ES NECESARIO.

- 1 MALE
- 2 FEMALE

**SKP** → **C12END**

**C12Q20**

IF - C12Q19 = 2 AND C12Q01 <= 45

Que usted sepa, ¿está usted embarazada?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C12END**

## Section 13: Consumo de alcohol

### C13INTRO

### C13Q01

En los últimos 30 días, ¿ha tomado al menos un trago de bebida alcohólica como cerveza, vino, bebida de malta o licor?

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SI                      |     |   |        |
| 2 | NO                      | SKP | → | C13END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C13END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C13END |

### C13Q02

IF - C13Q01 = 1

En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes ha tomado al menos un trago de cualquier bebida alcohólica?

- |     |     |                                     |     |   |        |
|-----|-----|-------------------------------------|-----|---|--------|
| 1   | ___ | Días por semana                     |     |   |        |
| 2   | ___ | Días en los últimos 30 días         |     |   |        |
| 888 |     | NINGÚN TRAGO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | SKP | → | C13END |
| 777 |     | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO             |     |   |        |
| 999 |     | SE NEGÓ A CONTESTAR                 |     |   |        |

### C13Q03

IF - C13Q01 = 1 AND C13Q02 <> 888

Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas, a un vaso de vino de 5 onzas o a un trago con una medida de licor. En los últimos 30 días, los días en los que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó en promedio?

NOTE: UNA CERVEZA DE 40 ONZAS EQUIVALE A 3 TRAGOS, O UN COCKTAIL CON DOS MEDIDAS CUENTA COMO 2 TRAGOS.

- |     |  |                         |  |  |
|-----|--|-------------------------|--|--|
| ___ |  | NÚMERO de TRAGOS        |  |  |
| 77  |  | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |  |  |
| 99  |  | SE NEGÓ A CONTESTAR     |  |  |

**C13Q04**

IF - C13Q01 = 1 AND C13Q02 <> 888

Teniendo en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas,  
¿cuántas veces en los últimos 30 días tomó..

{IF C12Q19 = 1, 5, 4} tragos o más en una sola ocasión?

\_\_\_ NÚMERO DE VECES

88 NINGUNO

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C13Q05**

IF - C13Q01 = 1 AND C13Q02 <> 888

En los últimos 30 días, ¿cuál fue el número máximo de tragos que  
tomó en una ocasión?

\_\_\_ NÚMERO DE TRAGOS

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C13END**

## Module 31: Inmunización de Adulto de H1N1 Novel

### M31INTRO

### M31Q01

Actualmente hay vacunas disponibles para dos tipos de gripe -- la gripe de temporada y la gripe H1N1 del año 2009. Primero voy a hacerle preguntas sobre la vacuna contra la gripe H1N1, que frecuentemente se conoce como gripe porcina o gripe pandémica, y luego voy a preguntarle sobre la vacuna contra la gripe de temporada.

Existen dos formas de darse la vacuna contra la gripe H1N1. Una es mediante una inyección en el brazo y la otra es mediante un spray, rocío o gota en la nariz. Desde septiembre de 2009, ¿ha sido usted vacunado contra la gripe H1N1 de alguna de estas dos formas?

- |   |                          |     |   |        |
|---|--------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SÍ                       |     |   |        |
| 2 | NO                       | SKP | → | C16Q01 |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A | SKP | → | C16Q01 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR      | SKP | → | C16Q01 |

### M31Q02 IF - M31Q01 = 1

¿En qué mes recibió usted la vacuna contra la gripe H1N1?

-- Mes

- |    |                          |
|----|--------------------------|
| 77 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR      |
| 1  | MIN                      |
| 12 | MAX                      |

### M31Q02v IF - M31Q02 IS NOT NULL

Entrevistador/a verifique la respuesta- ¿Dijo que fue en {M31Q02} del año {IF M31Q02 > 0 AND M31Q02 < 7, 2010, 2009} correcto?

- |   |    |     |   |        |
|---|----|-----|---|--------|
| 1 | SÍ |     |   |        |
| 2 | NO | SKP | → | M31Q02 |

**M31Q03**

IF - M31Q01 = 1

¿Fue mediante una inyección o fue una vacuna rociada en la nariz?

- 1 Inyección contra la gripe
- 2 Spray Nasal contra la gripe  
(spray, rocío o gota en la  
nariz)
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M31END**

## Section 14: Inmunizaciones

### C14INTRO

### C14Q01

Ahora voy hacerle preguntas sobre la gripe de temporada. Una inyección contra la gripe es una vacuna contra la influenza inyectada en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted la vacuna contra la gripe de temporada?

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SI                      |     |   |        |
| 2 | NO                      | SKP | → | C14Q03 |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C14Q03 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C14Q03 |

### C14Q02

¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la gripe de temporada más reciente?

\_\_\_/\_\_\_ MES/AÑO

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

### C14Q03

La vacuna contra la gripe de temporada que es rociada en la nariz es conocida también como FluMist™. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted la vacuna contra la gripe de temporada rociada en su nariz?

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SI                      |     |   |        |
| 2 | NO                      | SKP | → | C14Q05 |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C14Q05 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C14Q05 |

### C14Q04

¿En qué mes y año recibió usted la vacuna contra la gripe de temporada rociada en su nariz más reciente?

\_\_\_/\_\_\_ MES/AÑO

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

**C14Q05**

La vacuna contra la neumonía o la vacuna antineumocócica se da por lo general sólo una vez o dos veces en toda la vida, y es diferente a la vacuna antigripal. ¿Alguna vez recibió la vacuna contra la neumonía?

- 1 SI
- 2 NO

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

**C15END**

## Section 15: Caídas

**C15INTRO** IF - C12Q01 >= 45

### **C15Q01**

Las siguientes preguntas son sobre las caídas recientes. Por caída entendemos cuando una persona termina en el suelo o en un nivel más bajo sin la intención de hacerlo.

En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces se ha caído?

\_\_\_ NÚMERO DE VECES [76 = 76 o más]

88	NINGUNO	<b>SKP</b>	→	<b>C15END</b>
77	NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO	<b>SKP</b>	→	<b>C15END</b>
99	SE NEGÓ A CONTESTAR	<b>SKP</b>	→	<b>C15END</b>

**C15Q02** IF - C15q01 < 77

{IF C15Q01 = 1, ¿esta caída provocó alguna lesión?

NOTE: IF RESPONSE IS "YES" (PROVOCÓ UNA LESIÓN); CODE 01. IF RESPONSE IS "NO," CODE 88.}

¿Cuántas de estas caídas provocaron una lesión? Por lesión entendemos cuando la caída hace que usted tenga que limitar sus actividades normales por al menos un día o hace que usted tenga que ir al médico.

\_\_\_ Numero de caídas [76 = 76 o más]

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

**C15END**

## Section 16: Cinturón de seguridad

**C16INTRO**

**C16Q01**

¿Con qué frecuencia se coloca usted el cinturón de seguridad cuando maneja o viaja en auto? Diría usted que-

LEA POR FAVOR:

- 1 Siempre
- 2 Generalmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

8 NEVER DRIVE OR RIDE IN A CAR

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**SKP**

→

**C16END**

**C16END**

## Section 17: Drinking and Driving

**C17INTRO**

IF - C16Q01 <> 8 AND C13Q01 <> 2

**C17Q01**

La siguiente pregunta es sobre beber y manejar.

En los últimos 30 días, ¿cuántas veces manejó después de que usted quizás haya tomado algunos tragos de más?

\_\_ Número de veces [76 = 76 o más]

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

**C17END**

## Section 18: Salud de la mujer

**C18INTRO**

IF - C12Q19 = 2

**C18Q01**

Las siguientes preguntas son sobre el cáncer de seno y de cuello uterino.

Una mamografía es una radiografía de cada seno para detectar el cáncer de seno. ¿Se ha hecho usted alguna vez una mamografía?

- |   |                         |            |   |               |
|---|-------------------------|------------|---|---------------|
| 1 | SI                      |            |   |               |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q03</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q03</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q03</b> |

**C18Q02**

IF - C18Q01 = 1

¿Hace cuánto tiempo se hizo su última mamografía?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
  - 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
  - 3 En los últimos 3 años (entre 2 años y 3 años atrás)
  - 4 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
  - 5 5 años atrás o más
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C18Q03**

Un examen clínico de senos es cuando un médico, enfermera u otro profesional de la salud palpa sus senos para detectar la presencia de bultos. ¿Se ha hecho usted alguna vez un examen clínico de senos?

- |   |                         |            |   |               |
|---|-------------------------|------------|---|---------------|
| 1 | SI                      |            |   |               |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q05</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q05</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q05</b> |

**C18Q04**

IF - C18Q03 = 1

¿Hace cuánto tiempo se hizo su último examen clínico de senos?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
- 3 En los últimos 3 años (entre 2 años y 3 años atrás)
- 4 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
- 5 5 años atrás o más
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C18Q05**

Una prueba de Pap (Papanicolaou) es una prueba para detectar el cáncer de cuello uterino. ¿Se hecho usted alguna vez una prueba de Pap?

- |                           |            |   |               |
|---------------------------|------------|---|---------------|
| 1 SI                      |            |   |               |
| 2 NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q07</b> |
| 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q07</b> |
| 9 SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C18Q07</b> |

**C18Q06**

IF - C18Q05 = 1

¿Hace cuánto tiempo se hizo su última prueba de Pap?

LEER SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
- 3 En los últimos 3 años (entre 2 años y 3 años atrás)
- 4 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
- 5 5 años atrás o más
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C18Q07**

IF - C12Q20 <> 1

¿Usted se ha hecho una histerectomía?

LEER SI ES NECESARIO: UNA HISTERECTOMÍA ES UNA OPERACIÓN PARA EXTRAER EL ÚTERO (MATRIZ).

- 1 SI
- 2 NO

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

**C18END**

## Section 19: Control de cáncer de próstata

**C19INTRO**

IF - C12Q01 > 39 AND C12Q19 = 1

**C19Q01**

Ahora, le voy a hacer algunas preguntas sobre el control de cáncer de próstata.

La prueba del antígeno prostático específico, también conocido como la prueba de PSA, es un análisis de sangre que se hace para detectar el cáncer de próstata en los hombres. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de PSA?

- |   |                         |            |   |               |
|---|-------------------------|------------|---|---------------|
| 1 | SI                      |            |   |               |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C19Q03</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C19Q03</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C19Q03</b> |

**C19Q02**

IF - C19Q01 = 1

¿Hace cuánto tiempo se hizo una prueba de PSA por última vez?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
  - 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
  - 3 En los últimos 3 años (entre 2 años y 3 años atrás)
  - 4 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
  - 5 5 años atrás o más
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C19Q03**

Un examen tacto rectal es un examen en el cual un médico, enfermera o algún otro profesional de la salud, usando guantes, introduce un dedo en el recto para palpar el tamaño, forma y firmeza de la glándula prostática ¿Usted se ha hecho alguna vez un examen tacto rectal?

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SI                      |     |   |        |
| 2 | NO                      | SKP | → | C19Q05 |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C19Q05 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C19Q05 |

**C19Q04**

IF - C19Q03 = 1

¿Hace cuánto tiempo se hizo un examen tacto rectal por última vez?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
  - 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
  - 3 En los últimos 3 años (entre 2 años y 3 años atrás)
  - 4 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
  - 5 5 años atrás o más
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C19Q05**

¿Alguna vez un médico, enfermera o algún otro profesional de la salud le ha dicho que usted tenía cáncer de próstata?

- 1 SI
  - 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  
9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C19END**

## Section 20: Control de cáncer colo-rectal

**C20INTRO**

IF - C12Q01 > 49

**C20Q01**

Las siguientes preguntas so sobre el control de cáncer colo-rectal.

Un examen de sangre en las heces es un examen que puede requerir un dispositivo especial en casa para determinar la presencia de sangre en las heces. ¿Usted alguna vez ha hecho este examen con un dispositivo en su casa?

- |   |                         |            |   |               |
|---|-------------------------|------------|---|---------------|
| 1 | SI                      |            |   |               |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C20Q03</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C20Q03</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C20Q03</b> |

**C20Q02**

IF - C20Q01 = 1

¿Hace cuánto tiempo se hizo por última vez un examen de heces para detectar la presencia de sangre usando un dispositivo en su casa?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (en algún momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (entre 1 año y 2 años atrás)
- 3 En los últimos 3 años (entre 2 años y 3 años atrás)
- 4 En los últimos 5 años (entre 2 años y 5 años atrás)
- 5 5 años atrás o más
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C20Q03**

La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los cuales se introduce un tubo en el recto para ver si el colon presenta signos de cáncer u otros problemas de salud. ¿Usted se ha hecho alguna vez uno de estos exámenes?

- |   |                         |     |   |        |
|---|-------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SI                      |     |   |        |
| 2 | NO                      | SKP | → | C21Q01 |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | C21Q01 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | C21Q01 |

**C20Q04**

IF - C20Q03 = 1

En una **SIGMOIDOSCOPIA** un tubo flexible es introducido en el recto para poder ver si hay problemas. La **COLONOSCOPIA** es **SIMILAR**, pero se emplea un tubo más largo, y generalmente usted recibe un medicamento en su brazo a través de una aguja para adormecerlo y le dicen que alguien más debe llevarlo a su casa después del examen. El examen **MÁS RECIENTE** que usted se hizo, ¿fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | SIGMOIDOSCOPY           |
| 2 | COLONOSCOPY             |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |

**C20Q05**

¿Hace cuánto tiempo se hizo la última sigmoidoscopia o colonoscopia?

LEA SI ES NECESARIO:

- |    |  |
|----|--|
| 01 | EN EL ÚLTIMO MES (EN ALGÚN MOMENTO EN EL ULTIMO MES)   |
| 02 | EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (ENTRE 1 MES Y 3 MESES ATRÁS)   |
| 03 | EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (ENTRE 3 MESES Y 6 MESES ATRÁS) |
| 04 | EN EL ÚLTIMO AÑO (ENTRE 6 MESES Y 1 AÑO ATRÁS)         |
| 05 | EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS (ENTRE 5 AÑOS Y 10 AÑOS ATRÁS)  |
| 06 | 10 AÑOS O MÁS  |
| 77 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO                                |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR                                    |

**C20END**

## Section 21: VIH/SIDA

**C21INTRO**

IF - C12Q20 < 65

**C21Q01**

Las siguientes preguntas son sobre el problema nacional de salud del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no tiene obligación de contestar todas las preguntas si no desea hacerlo. Aunque le preguntaremos sobre las pruebas, no le preguntaremos sobre los resultados de ninguna prueba que usted pudo haberse realizado.

¿Se ha hecho la prueba de VIH alguna vez? No cuente las pruebas que usted pudo haberse realizado como parte de una donación de sangre. Incluya las pruebas de fluido de la boca.

- |   |                         |            |   |               |
|---|-------------------------|------------|---|---------------|
| 1 | SI                      |            |   |               |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>C21Q05</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>C21Q05</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>C21Q05</b> |

**C21Q02**

IF - C21Q01 = 1

Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año fue su última prueba de VIH?

NOTE: SI LA RESPUESTA ES UNA FECHA ANTERIOR A ENERO DE 1985, COLOQUE EL CÓDIGO "NO SABE"

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI QUIEN RESPONDE RECUERDA EL AÑO PERO NO RECUERDA EL MES, COLOQUE 77 COMO LOS DOS PRIMEROS DÍGITOS DEL CÓDIGO Y EL AÑO EN LOS CUATRO ÚLTIMOS.

\_\_\_/\_\_\_      CÓDIGO DE MES Y AÑO  
[EJEMPLO: JUNIO DE 2006 =  
062006]

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

**C21Q03**

IF - C21Q01 = 1

¿Dónde realizó SU última prueba de VIH - en un consultorio médico privado o de un HMO, en un sitio de asesoramiento y pruebas, en un hospital, en una clínica, en la cárcel o prisión, en una institución de tratamiento por drogas, en su casa o en otro lugar?

LEER SI ES NECESARIO

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI QUIEN RESPONDE INDICA UNA "CLÍNICA DE SALUD PÚBLICA" COLOQUE EL CÓDIGO DE RESPUESTA 04.

- 01 CONSULTORIO MÉDICO PRIVADO O HMO
- 02 SITIO DE ASESORAMIENTO Y PRUEBAS
- 03 HOSPITAL
- 04 CLÍNICA
- 05 CÁRCEL O PRISIÓN (U OTRA INSTITUCIÓN CORRECCIONAL)
- 06 INSTITUCIÓN DE TRATAMIENTO POR DROGAS
- 07 EN SU CASA
- 08 EN OTRO LUGAR
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C21Q04**

IF - C21Q01 = 1 AND C21Q02 = WITHIN LAST 12 MONTHS

¿Fue una prueba rápida, donde usted pudo obtener los resultados en un par de horas?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C21Q05**

Voy a leer una lista. Cuando finalice, por favor dígame si alguna de las situaciones se aplica a usted. No necesita decirme cuál.

- Ha usado drogas intravenosas en el último año
- Ha recibido tratamiento por una enfermedad de transmisión sexual o enfermedad venérea en el último año
- Ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de sexo en el último año
- Tuvo sexo anal sin condón en el último año

¿Alguna de estas situaciones se aplica a usted?

1 SI

2 NO

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**C21END**

## Section 22: Apoyo emocional y satisfacción en la vida

### C22INTRO

### C22Q01

Las dos preguntas siguientes son sobre el apoyo emocional y satisfacción en la vida.

¿Con qué frecuencia recibe el apoyo emocional y social que necesita?

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI LE PREGUNTAN DIGA:

POR FAVOR INCLUYA RESPALDO QUE PROVIENE DE CUALQUIER FUENTE.

LEA POR FAVOR:

- 1 Siempre
- 2 Generalmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### C22Q02

En general, ¿qué tan satisfecho/a está usted con su vida? ¿Está...?

LEA POR FAVOR:

- 1 Muy satisfecho/a
- 2 Satisfecho/a
- 3 Descontento/a
- 4 Muy descontento/a
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### C22END

## Influenza like Illness

(Through March 2010)

### E01INTRO

### E01Q01

Quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de enfermedades respiratorias recientes.

¿Estuvo enfermo con fiebre el mes pasado?

- |   |                          |     |          |
|---|--------------------------|-----|----------|
| 1 | SI                       |     |          |
| 2 | NO                       | SKP | → E01Q08 |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A | SKP | → E01Q08 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR      | SKP | → E01Q08 |

### E01Q02

IF - E01Q01 = 1

¿También tuvo tos y/o dolor de garganta?

- |   |                          |     |          |
|---|--------------------------|-----|----------|
| 1 | SI                       |     |          |
| 2 | NO                       | SKP | → E01Q08 |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A | SKP | → E01Q08 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR      | SKP | → E01Q08 |

### E01Q03

IF - E01Q02 = 1

¿Cuándo comenzó a estar enfermo con fiebre, tos o dolor de garganta?

ENTREVISTADOR: LEA LAS OPCIONES; ESCOJA LA MÁS ESPECÍFICA

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Dentro la pasada semana [En los pasados 1-7 días]   |
| 2 | En las últimas 2 semanas [En los pasados 1-14 días] |
| 3 | 3-4 semanas atrás [15-30 días antes de hoy]         |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A                            |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR                                 |

**E01Q04**

IF - E01Q02 = 1

¿Fue a ver a un médico, enfermera, o a otro profesional de la salud a causa de esta enfermedad?

- 1 SI
- 2 NO **SKP** → **E01Q08**
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A **SKP** → **E01Q08**
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR **SKP** → **E01Q08**

**E01Q05**

IF - E01Q04 = 1

¿Qué le dijo el médico, la enfermera o el otro profesional de la salud? Le dijeron...

LEA LAS OPCIONES:

- 1 Que usted tenía gripe o influenza regular
- 2 Que usted tenía gripe porcina, también conocida como H1N1 o H1N1 novel
- 3 Que usted tenía alguna otra enfermedad, pero no gripe **SKP** → **E01Q08**
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A **SKP** → **E01Q08**
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR **SKP** → **E01Q08**

**E01Q06**

IF - E01Q04 = 1 AND E01Q05 &lt;&gt; 3

¿Usted se hizo una prueba de la gripe que dio resultado positivo? Generalmente se analiza un hisopo con una muestra de la nariz o garganta. Usted diría que...

- 1 Sí, me hice una prueba de la gripe y resultó positiva
- 2 No, me hice una prueba de la gripe pero resultó negativa
- 3 No, no me hice una prueba de la gripe
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**E01Q07**

IF - E01Q04 = 1 AND E01Q05 &lt;&gt; 3

¿Recibió usted Tamiflu® o oseltamivir [o *sel TAM i veer*] o un medicamento por inhalación llamado Relenza® o zanamivir [*za NA mi veer*] para tratar esta enfermedad?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**E01Q08**

IF - E01Q04 = 1 AND E01Q05 &lt;&gt; 3

¿Algún integrante de su familia ha tenido fiebre con tos o dolor de garganta el mes pasado?

- 1 SI
- 2 NO SKP → E01Q10 IF E01Q01 = 1 AND E01Q02 = 1
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**E01Q09**

IF - E01Q08 = 1 OR E01Q08 = 7 OR E01Q08 = 9

¿Cuántos integrantes de su familia, incluyendo usted, han estado enfermos el mes pasado?

- \_\_\_ # PERSONAS (>= 1)
- 88 NINGUNO
  
- 77 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**E01Q10**

IF - (E01Q01 = 1 AND E01Q02 = 1) OR E01Q08 = 1

¿Cuántas personas en su hogar, incluyendo usted, fueron hospitalizadas debido a la gripe el mes pasado?

ENTREVISTADOR, SI ES NECESARIO: HOSPITALIZADO SE REFIERE A ESTAR INTERNADO EN UN HOSPITAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO.

- \_\_\_ # PERSONAS (>= 1)
- 88 NINGUNO
  
- 77 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**E01END**

## Module 10: Alto Riesgo/ Trabajador de Asistencia Médica

### M10INTRO

### M10Q01

Las siguientes preguntas son acerca del trabajo de relacionado con el cuidado de salud y enfermedades crónicas.

¿Usted actualmente sirve como voluntario o trabaja en un hospital, clínica médica, consultorio médico, consultorio dental, hogar de ancianos, o en alguna otra instalación dedicada al cuidado de salud? Esto incluye el trabajo de medio tiempo y trabajo sin paga en una instalación dedicada al cuidado de salud, al igual que proveer servicios profesionales de cuidado a personas en la casa.

LEA SI ES NECESARIO:

Esto incluye profesionales que no sean profesionales de salud, tales como el personal administrativo que trabaja en una instalación dedicada al cuidado de salud.

- 1 SÍ
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### M10Q02

¿Usted provee cuidado directo a pacientes como parte de su trabajo de rutina? Cuidado directo de pacientes significa tener contacto físico o con las manos con el paciente.

NOTA: SÍ LA PERSONA ENTREVISTADA RESPONDE, "NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A", INDAGAR CON REPETIR LA PREGUNTA.

- 1 SÍ
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

## M10Q03

¿Algún médico, enfermera o algún otro profesional de la salud le ha dicho alguna vez que usted tiene..

LEA TODOS LOS ARTICULOS LISTADOS ABAJO ANTES DE ESPERAR UNA RESPUESTA:

Problemas de pulmón, distintos al asma

Problemas de riñón

Anemia, incluyendo *Sickle Cell*

O el sistema inmunológico debilitado causado por una enfermedad crónica o por los medicamentos que toma para una enfermedad crónica?

NOTA: SEE FAQ D FOR HEALTH PROBLEM LIST

1	SÍ		
2	NO	<b>SKP</b>	→ <b>M23END</b>
88	See attached list		
7	NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A	<b>SKP</b>	→ <b>M23END</b>
9	SE NEGÓ A CONTESTAR	<b>SKP</b>	→ <b>M23END</b>

## **FAQD**

NO LEA:

### **PROBLEMAS PULMONARES**

SÍNDROME DE ANGUSTIA RESPIRATORIO AGUDO (ARDS)  
BRONCHIECTASIS  
BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA  
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCCIONISTA CRÓNICA (COPD)  
FIBROSIS DE CYSTIC  
ENFISEMA  
LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSIS (LAM)  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR  
SARCOIDOSIS

### **PROBLEMAS DE RIÑÓN**

ENFERMEDAD DE RIÑÓN CRÓNICA  
CISTITIS  
CYSTOCELE (VEJIGA CAÍDASE)  
QUISTES  
RIÑÓN DE ECTOPIC  
ETAPA DE FINAL ENFERMEDAD RENAL (ESRD)  
ENFERMEDADES DE GLOMERULAR  
CISTITIS INTERSTICIAL  
FRACASO DE RIÑÓN  
CÁLCULOS RENALES  
SÍNDROME DE NEPHROTIC  
ENFERMEDAD DE RIÑÓN DE POLYCYSTIC  
PYELONEPHRITIS (INFECCIÓN DE RIÑÓN)  
ARTERIA RENAL STENOSIS  
OSTEODYSTROPHY RENAL  
ACIDOSIS TUBULAR RENAL

### **ANEMIA**

ANEMIA  
ANEMIA APLÁSTICA  
ANEMIA DE FANCONI  
ANEMIA DE DEFICIENCIA DE HIERRO

---

ANEMIA PERNICIOSA

ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

THALASSEMIA

**CAUSAS DE SISTEMA INMUNOLÓGICO DÉBIL**

CÁNCER

QUIMIOTERAPIA

VIH/SIDA

ESTEROIDES

MEDICINAS DE TRASPLANTE

**M10Q04**

¿Todavía tiene (este/alguno de estos) problema(s)?

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M10END**

## Module 11: Herpes zóster (Zostavax or ZOS)

**M11INTRO**

IF - C12Q01 > 49 YEARS

**M11Q01**

La siguiente pregunta es sobre la vacuna contra el herpes zóster.

El herpes zóster es causado por el virus de la varicela. Es un brote de erupciones cutáneas o ampollas que puede estar asociado con un fuerte dolor. Desde mayo del 2006 se encuentra disponible una vacuna para el herpes zóster que se llama Zostavax®, la vacuna para el zóster o el herpes. ¿Le han dado esta vacuna?

- 1 SI
- 2 NO

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

**M11END**

## Module 12: Difteria y tétano (Adultos)

### M12INTRO

### M12Q01

A continuación, le preguntaré sobre la vacuna contra el tétano y la difteria.

¿Ha recibido una vacuna contra el tétano en los últimos 10 años?

- 1 SI
- 2 NO SKP → M12END
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → M12END
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → M12END

### M12Q02

¿Fue la vacuna contra el tétano más reciente que recibió en el 2005 o más adelante?

- 1 SI
- 2 NO SKP → M12END
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### M12Q03

En la actualidad hay dos tipos de vacunas contra el tétano disponibles para los adultos. Una contiene la vacuna contra el tétano y la difteria. La otra contiene la vacuna contra el tétano, la difteria y la tos ferina o pertusis. ¿Mencionó su médico si su vacuna contra el tétano más reciente incluía la vacuna contra la tos ferina o pertusis?

- 1 SÍ (INCLUIA PERTUSIS)
- 2 NO (NO INCLUIA PERTUSIS)
- 3 EL MEDICO NO DIJO NADA
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### M12END

## Module 13: Virus del Papiloma Humano (HPV)

**M13INTRO**

IF - C12Q01 ≥ 18 AND C12Q01 ≤ 49

**M13Q01**

Existe una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano o infección por HPV y se llama vacuna contra el cáncer de cuello uterino, vacuna contra las verrugas genitales, vacuna de HPV, {IF C12Q19 = 2, GARDASIL or CERVARIX, GARDASIL}. ¿ALGUNA VEZ le han dado la vacuna para el HPV?

NOTA: HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HUMAN PAP·UH·LOH·MUH VIRUS);  
GARDASIL (GAR·DUH·SEEL); CERVARIX (SIR·VAR·ICKS)

- |   |  |     |          |
|---|--|-----|----------|
| 1 | Sí   |     |          |
| 2 | No   | SKP | → M13END |
| 3 | El médico se negó a hacerlo cuando se le pidió | SKP | → M13END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO                        | SKP | → M13END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR                            | SKP | → M13END |

**M13Q02**

¿Cuántas dosis de vacuna para el HPV recibió?

\_\_\_ NÚMERO DE VACUNAS

- |    |                         |
|----|-------------------------|
| 03 | TODAS LAS VACUNAS       |
| 77 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |

**M13END**

## Module 14: Supervivencia del cáncer

### M14INTRO

### M14Q01

A continuación le voy a preguntar sobre el cáncer.

¿**ALGUNA VEZ** le ha dicho un médico, enfermero u otro profesional de la salud que tenía cáncer?

LEA SI ES NECESARIO:

"OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD" SIGNIFICA UN PRACTICANTE DE ENFERMERÍA, UN AUXILIAR MÉDICO, UN TRABAJADOR SOCIAL O ALGÚN OTRO PROFESIONAL CON LICENCIA.

- |   |                         |     |          |
|---|-------------------------|-----|----------|
| 1 | SI                      |     |          |
| 2 | NO                      | SKP | → M14END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → M14END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → M14END |

### M14Q02

¿Cuántos tipos diferentes de cáncer ha tenido?

- |   |                         |     |          |
|---|-------------------------|-----|----------|
| 1 | SOLO UNO                |     |          |
| 2 | DOS                     |     |          |
| 3 | TRES O MÁS              |     |          |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → M14END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → M14END |

### M14Q03

{IF M14Q02 = 1, ¿A qué edad le han dicho que tenía cáncer?}

{IF M14Q02 = 2 OR M14Q02 = 3, ¿A qué edad fue su primer diagnóstico de cáncer?}

NOTA: ESTA PREGUNTA SE REFIERE A LA PRIMERA VEZ QUE LE INFORMARON ACERCA DE SU PRIMER CÁNCER.

\_\_\_ EDAD EN AÑOS [97 = 97 and older]

- |    |                         |  |  |
|----|-------------------------|--|--|
| 98 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |  |  |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |  |  |

## M14Q04

¿Qué tipo de cáncer era?

{IF M14Q02 = 2 OR M14Q02 = 3, Su diagnóstico más reciente de cáncer, ¿qué tipo de cáncer era?}

NOTA PARA ENTREVISTADOR: POR FAVOR, LEA LA LISTA SOLO SI QUIEN RESPONDE NECESITA AYUDA PARA LOS TIPOS DE CÁNCER (ES DECIR, EL NOMBRE DEL CÁNCER) [1-28]:.

### **Mama**

- 01 Cáncer de mama  
**Aparato reproductor femenino (cáncer ginecológico)**
- 02 Cáncer de cuello uterino (cáncer cervicouterino)
- 03 Cáncer endometrial (cáncer del útero)
- 04 Cáncer ovárico (cáncer de ovario)

### **Cabeza/Cuello**

- 05 Cáncer de cabeza y cuello
- 06 Cáncer bucal
- 07 Cáncer faríngeo (garganta)
- 08 Cáncer de la tiroides

### **Gastrointestinal**

- 09 Cáncer de colon (intestino)
- 10 Cáncer esofágico (esófago)
- 11 Cáncer hepático (hígado)
- 12 Cáncer pancreático (páncreas)
- 13 Cáncer rectal (recto)
- 14 Cáncer de estómago

### **Leucemia/linfoma (ganglios linfáticos y médula ósea)**

- 15 Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)
- 16 Leucemia (cáncer de la sangre)
- 17 Linfoma no Hodgkin

### **Aparato reproductor masculino**

- 18 Cáncer de próstata
- 19 Cáncer testicular

### **Piel**

- 20 Melanoma
- 21 Otro tipo de cáncer de piel

### **Tórax**

- 22 Cáncer de corazón
- 23 Cáncer de pulmón
- Cáncer de las vías urinarias:**

- 24 Cáncer de la vejiga
- 25 Cáncer renal (riñón)

### **Otros**

- 26 Cáncer de huesos
- 27 Cáncer de cerebro
- 28 Neuroblastoma
- 29 Otro

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

### **M14Q05**

¿Usted está recibiendo actualmente tratamiento contra el cáncer?  
Por tratamiento entendemos cirugía, terapia con radiación,  
quimioterapia o pastillas de quimioterapia.

1 SI SKP → M14END  
2 NO

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → M14END  
9 SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → M14END

### **M14Q06**

¿Qué clase de médico está a cargo de la mayor parte de sus  
cuidados de salud?

NOTA PARA ENTREVISTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA REQUIERE  
CLARIFICACIÓN DE ESTA PREGUNTA, DIGA:

Queremos saber qué clase de médico visita usted más a menudo por  
enfermedades o para su cuidado de salud de rutina (Ejemplos:  
exámenes anuales y/o físicos, tratamiento de resfríos, etc.).

LEA POR FAVOR [1-10]:

- 01 Cirujano de cáncer
- 02 practicante de familia
- 03 Cirujano general
- 04 Ginecólogo-Oncólogo
- 05 Internista
- 06 Cirujano plástico, cirujano de cirugía  
reconstructiva
- 07 Oncólogo médico
- 08 Oncólogo de radiación
- 09 Urólogo
- 10 Other

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

**M14Q07**

¿Algún médico, enfermera, o algún otro profesional de la salud le ha dado **ALGUNA VEZ** un resumen por escrito de todos los tratamientos contra el cáncer que usted ha recibido?

LEA SI ES NECESARIO:

Por 'algún otro profesional de la salud' entendemos un practicante de enfermería, el asistente de un médico, un trabajador social, o algún otro profesional con licencia.

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M14Q08**

¿Usted ha recibido **ALGUNA VEZ** instrucciones de un médico, enfermera, o algún otro profesional de la salud sobre a *dónde* debía usted regresar o a *quién* debía usted ver para hacerse los controles de cáncer de rutina luego de haber completado su tratamiento contra el cáncer?

- 1 SI
- 2 NO **SKP** → **M14Q10**
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO **SKP** → **M14Q10**
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR **SKP** → **M14Q10**

**M14Q09**

Estas instrucciones, ¿fueron hechas por escrito o impresas en un papel para usted?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M14Q10**

En su diagnóstico de cáncer más reciente, ¿tenía usted un seguro médico que pagó por todo o por parte de su tratamiento contra el cáncer?

NOTA PARA ENTREVISTADOR: "HEALTH INSURANCE" ALSO INCLUDES MEDICARE, MEDICAID, OR OTHER TYPES OF STATE HEALTH PROGRAMS.

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M14Q11**

¿Le han negado **ALGUNA VEZ** la cobertura de seguro médico o de seguro de vida debido a su cáncer?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M14Q12**

¿Ha participado en alguna prueba clínica como parte de su tratamiento contra el cáncer?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M14Q13**

¿Siente usted actualmente algún dolor provocado por su cáncer o por su tratamiento contra el cáncer?

- 1 SI
- 2 NO **SKP** → **M14END**
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO **SKP** → **M14END**
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR **SKP** → **M14END**

**M14Q14**

¿Está bajo control su dolor en este momento?

- 1 SI
- 2 NO

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

**M14END**

## Module 23: Selección al azar de niños

**M23INTRO**

IF - C12Q07 <> 88 OR C12Q07 <> 99

**M23Q01**

{IF C12Q07 = 1, Anteriormente usted indicó que hay un niño de 17 años de edad o menos en su hogar. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese niño o niña.}

{IF C12Q07 > 1 AND C12Q07 < 88, Anteriormente usted indicó que hay [ANS C12Q07] niños de 17 años de edad o menos en su casa. Piense en esos {C12Q07} niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El mayor es el primer niño y el menor es el último. Por favor incluya niños con la misma fecha de nacimiento, incluyendo mellizos, en orden de nacimiento.}

Tengo algunas preguntas adicionales sobre un niño específico. El niño al que me referiré es el {SHOWKID} niño en su hogar. Todas las preguntas siguientes sobre los niños serán sobre el {SHOWKID} niño.

¿Cuál es el mes y el año del nacimiento del {SHOWKID} niño?

\_\_\_/\_\_\_ CÓDIGO DE MES Y AÑO

77/7777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99/9999 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M23Q02**

¿Es un niño o una niña?

1 NIÑO

2 NIÑA

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M23Q03**

¿Es el niño hispano o latino?

1 SI

2 NO

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M23Q04**

¿**CUÁL O CUÁLES** de las siguientes razas diría que es la raza del niño?

(MARQUE TODOS QUE APLICAN)

LEA POR FAVOR:

- 1 Blanco
- 2 Negro o afro-americano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico
- 5 Indio americana o nativo de Alaska O
- 6 Otra {Especifique}
  
- 8 No additional choices
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M23Q05**

IF - M23Q04 = MORE THAN 1 RESPONSE

¿**CUÁL** de estos grupos diría que representa **MEJOR** la raza del niño?

LEA POR FAVOR:

- 1 Blanco
- 2 Negro o afro-americano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico
- 5 Indio americana o nativo de Alaska O
- 6 Otra {Especifique}
  
- 8 No additional choices
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M23Q06**

¿Cuál es su relación con el niño?

LEA POR FAVOR:

- 1 Padre o madre (incluir si es biológico, padrastro/madrastra o adoptivo/a)
- 2 Abuelo/a
- 3 Custodio/a temporal o tutor/a legal
- 4 Hermano/a (incluir si es biológico, hermanastro/a o adoptivo/a)
- 5 Otro familiar
- 6 No está relacionado de ninguna forma
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M23END**

## Module 24: Prevalencia del asma infantil

**M24INTRO**

IF - C12Q07 <> 88 OR C12Q07 <> 99

**M24Q01**

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el {SHOWKID} niño.  
¿**ALGUNA VEZ** algún médico, enfermero u otro profesional de la salud ha dicho que el niño tiene asma?

1 SI

2 NO

**SKP → M24END**

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

**SKP → M24END**

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**SKP → M24END**

**M24Q02**

¿Todavía tiene asma el niño?

1 SI

2 NO

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M24END**

## Module 27: Child Influenza like Illness

### M27INTRO

### M27Q01

Las siguientes dos preguntas son sobre el "Xto" niño.

¿Ha tenido el niño fiebre con tos y/o dolor de cabeza el mes pasado?

- |   |                           |     |          |
|---|---------------------------|-----|----------|
| 1 | SÍ                        |     |          |
| 2 | NO                        | SKP | → M27END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/A | SKP | → M27END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR       | SKP | → M27END |

### M27Q02

IF - M27Q01 = 1

¿Fue el niño a ver a un médico, enfermera o a otro profesional de la salud a causa de esta enfermedad?

- |   |                           |     |          |
|---|---------------------------|-----|----------|
| 1 | SÍ                        |     |          |
| 2 | NO                        | SKP | → M27END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/A | SKP | → M27END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR       | SKP | → M27END |

### M27END

## Module 30: Inmunización de Infancia de H1N1 Novel

### M30INTRO

#### M30Q01 IF - CHILAGE1 ≥ 6 MONTHS

Las siguientes preguntas son sobre las inmunizaciones de este niño.

Primero voy a hacerle preguntas sobre la vacunación contra la gripe H1N1, que frecuentemente se conoce como gripe porcina o gripe pandémica, y luego voy a preguntarle sobre la vacunación contra la gripe de temporada. Existen dos formas de recibir la vacuna contra la gripe H1N1. Una es una inyección y la otra es un spray, rocío o gota en la nariz.

Desde septiembre de 2009, ¿{IF M25Q02 = 1, él, ella} fue vacunada de alguna forma contra la gripe H1N1?

- |   |                          |     |   |        |
|---|--------------------------|-----|---|--------|
| 1 | SÍ                       |     |   |        |
| 2 | NO                       | SKP | → | M27Q01 |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A | SKP | → | M27Q01 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR      | SKP | → | M27Q01 |

#### M30Q02 IF - CHILDAGE2 < 10 YEARS

Desde septiembre de 2009, ¿cuántas de estas vacunas contra el H1N1 ha recibido {IF M25Q02 = 1, él, ella}?

- |   |                           |     |   |        |
|---|---------------------------|-----|---|--------|
| 1 | Una vacuna o dosis        |     |   |        |
| 2 | Dos o más dosis de vacuna |     |   |        |
| 7 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A  | SKP | → | M27Q01 |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR       | SKP | → | M27Q01 |

#### M30Q03 IF - M30Q01 = 1

¿En qué mes recibió {IF M25Q02 =1, él, ella} su {IF CHILDAGE2 < 10, primera vacuna contra la gripe H1N1?, vacuna contra la gripe H1N1?}

— Mes

—

- |    |                          |  |  |  |
|----|--------------------------|--|--|--|
| 77 | NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A |  |  |  |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR      |  |  |  |
| 01 | MIN                      |  |  |  |
| 12 | MAX                      |  |  |  |

**M30Q03v**

IF M30Q03 < 77

Entrevistador/a verifique la respuesta- ¿Dijo que fue en {M33Q03} del año {IF M33Q03 > 0 AND M33Q03 < 7, 2010, 2009} correcto?

- 1 YES
- 2 NO

SKP

→

M33Q03

**M30Q04**

IF - M30Q01 = 1

¿Fue mediante una inyección o fue una vacuna rociada en la nariz?

- 1 Inyección contra la gripe
- 2 Spray Nasal contra la gripe  
(spray, rocío o gota en la nariz)
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M30Q05**

IF - CHILDA2 < 10 YEARS AND M30Q02 = 2

¿En qué mes recibió {IF M25Q01 =1, él, ella} su segunda vacuna contra la gripe H1N1?

-- Mes

- 77 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR
- 01 MIN
- 12 MAX

**M30Q05v**

IF - M30Q05 < 77

Entrevistador/a verifique la respuesta- ¿Dijo que fue en {M33Q05} del año of {If M33Q05 > 0 AND M33Q05 < 7, 2010, 2009} correcto?

- 1 YES
- 2 NO

SKP

→

M33Q05

**M30Q06**

IF - M30Q01 = 1

¿Fue mediante una inyección o fue una vacuna rociada en la nariz?

- 1 Inyección contra la gripe
- 2 Spray Nasal contra la gripe  
(spray, rocío o gota en la  
nariz)
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/A
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**M30END**

## Module 25: Inmunización infantil

### M25INTRO

IF - (C12Q07 <> 88 OR C12Q07 <> 99) AND  
CHILDAGE1 ≥ 6 MONTHS

### M25Q01

Ahora voy a hacerle preguntas sobre la gripe de temporada.  
Existen dos tipos de vacuna contra la gripe de temporada. Una es una inyección y la otra es un spray en la nariz.

¿En los últimos 12 meses {IF M23Q02 = 1, él, ella} ha recibido la vacuna contra la gripe de temporada?

- 1 SI
- 2 NO

SKP → M25END

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

SKP → M25END

- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

SKP → M25END

### M25Q02

La vacuna contra la gripe de temporada pudo haber sido la inyección contra la gripe o el spray contra la gripe. El spray contra la gripe es la vacuna contra la gripe que se rocía en la nariz.

¿En qué mes y año recibió {IF M23Q02 = 1, él, ella} la vacuna contra la gripe de temporada más reciente?

\_\_\_/\_\_\_ Mes/Año

- 77/7777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

- 99/9999 SE NEGÓ A CONTESTAR

### M25END

## Module 26: Virus del Papiloma Humano (HPV) en niños

**M26INTRO**

IF - CHILDDAGE2 ≥ 9 AND CHILDDAGE2 ≤ 17

**M26Q01**

Tengo dos preguntas más acerca de una vacuna que {IF M23Q02 = 1, niño, niña} seleccionada pudo haber recibido.

Existe una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano o infección por HPV y se llama vacuna contra el cáncer de cuello uterino, vacuna contra las verrugas genitales, vacuna HPV o GARDASIL®. ¿**ALGUNA VEZ** le han dado al {IF M23Q02 = 1, niño, niña} la vacuna contra el HPV?

NOTE: HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HUMAN PAP·UH·LOH·MUH VIRUS); GARDASIL (GAR·DUH·SEEL); CERVARIX (SIR·VAR·ICKS)

- |   |   |     |          |
|---|---|-----|----------|
| 1 | Si                                      |     |          |
| 2 | No                                      | SKP | → M26END |
| 3 | EL DOCTOR SE NEGÓ CUANDO SE LO PIDIERON | SKP | → M26END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO                 | SKP | → M26END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR                     | SKP | → M26END |

**M26Q02**

¿Cuántas dosis de vacuna para el HPV recibió {IF M23Q02 = 1, él, ella}?

\_\_\_ NÚMERO DE VACUNAS

- |    |                         |
|----|-------------------------|
| 03 | TODAS LAS VACUNAS       |
| 77 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |

**M26END**

## State Added 01: Difteria y tétano (Adolescentes) (Version A & B)

**TX01INTRO** IF - CHILDAGE2 >= 10 AND CHILDAGE2 <= 17

### TX01Q01

Quisiera preguntarle sobre la vacuna contra el tétano y la difteria para su hijo/a.

¿Ha recibido él/ella una vacuna contra el tétano en los últimos 10 años?

- |   |                         |     |   |         |
|---|-------------------------|-----|---|---------|
| 1 | SI                      |     |   |         |
| 2 | NO                      | SKP | → | TX01END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → | TX01END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → | TX01END |

**TX01Q02** IF - TX01Q01 = 1

La vacuna contra el tétano más reciente que recibió ¿fue en 2005 o más adelante?

- |   |                         |     |   |         |
|---|-------------------------|-----|---|---------|
| 1 | SI                      |     |   |         |
| 2 | NO                      | SKP | → | TX01END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |     |   |         |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |     |   |         |

**TX01Q03** IF - TX01Q02 <> 2

Existen dos tipos de vacunas contra el tétano disponibles en la actualidad para niños y adolescentes. Una contiene la vacuna contra el tétano y la difteria. La otra contiene la vacuna contra el tétano, la difteria y la tos ferina o pertusis. ¿Mencionó su médico si la vacuna contra el tétano más reciente que él/ella recibió incluía la vacuna contra la tos ferina o pertusis?

- |   |                          |  |  |  |
|---|--------------------------|--|--|--|
| 1 | SÍ (INCLUIA PERTUSIS)    |  |  |  |
| 2 | NO (NO INCLUIA PERTUSIS) |  |  |  |
| 3 | EL MEDICO NO DIJO NADA   |  |  |  |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  |  |  |  |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR      |  |  |  |

**TX01END**

## State Added 02: Diabetes infantil

**TX02INTRO** IF - C12Q07 < 88

**TX02Q01**

Tengo algunas preguntas más referentes al {SHOWKID} niño.

¿**ALGUNA VEZ** algún médico, enfermero u otro profesional de la salud ha dicho que el niño tiene diabetes?

- |   |                         |            |   |                |
|---|-------------------------|------------|---|----------------|
| 1 | SI                      |            |   |                |
| 2 | NO                      | <b>SKP</b> | → | <b>TX02END</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | <b>SKP</b> | → | <b>TX02END</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | <b>SKP</b> | → | <b>TX02END</b> |

**TX02Q02** IF - TX02Q01 = 1

¿Tiene el niño diabetes tipo 1 o tipo 2?

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | TIPO 1                  |
| 2 | TIPO 2                  |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |

**TX02END**

### State Added 03: Autismo

**TX03INTRO** IF - C12Q07 < 88

**TX03Q01** IF - C12Q07 < 88

¿Alguna vez un médico, enfermera, el psicólogo de la escuela o algún otro miembro del personal de la escuela le ha dicho **ALGUNA VEZ** que su hijo tiene autismo, el trastorno de Asperger, el trastorno penetrante del desarrollo o algún otro trastorno dentro del espectro autista?

- 1 SI
- 2 NO SKP → TX03Q03
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → TX03Q03
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → TX03Q03

**TX03Q02** IF - TX03Q01 = 1

¿Quién de ellos se lo dijo? Por favor incluya a todos los que se lo han dicho.

LEER SI ES NECESARIO:

- 1 Médico
- 2 Enfermera
- 3 Psicólogo de la escuela
- 4 Alguien más que trabaja en la escuela
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX03Q03** IF - C12Q07 < 88

¿Alguna vez un algún médico, enfermera, el psicólogo de la escuela o algún otro miembro del personal de la escuela le ha dicho **ALGUNA VEZ** que su hijo tiene el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, también conocido como ADHD o ADD?

- 1 SI
- 2 NO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX03Q04**

IF - TX03Q03 = 1

¿Quién de ellos se lo dijo? Por favor incluya a todos los que se lo han dicho.

LEER SI ES NECESARIO:

- 1 Médico
- 2 Enfermera
- 3 Psicólogo de la escuela
- 4 Alguien más que trabaja en la escuela
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX03Q05**

IF - TX03Q01 = 1 OR TX03Q03 = 1

¿Satisfacen las necesidades de su hijo las terapias y servicios escolares que recibe para el {IF TX03Q01 = 1 OR TX03Q03 = 1, trastorno dentro del espectro autista y/o ADHD}?

NOTA PARA ENTREVISTADOR:

“Terapias incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.”

- 1 Si
- 2 No
- 3 Mi hijo no recibe estos servicios
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX03END**

## State Added 04: Amamantamiento de Infancia (Version A & B)

**TX04INTRO**

**TX04Q01**

¿Este niño fue amamantado, dado fórmula en biberón, o ambos?

- 1 Amamantado
- 2 Dado biberón
- 3 Ambos
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX04END**

## State Added 05: Vacuna Hepatitis B (Version A)

**TX05INTRO**

**TX05Q01**

La siguiente pregunta es sobre la vacuna contra la hepatitis B.

¿**ALGUNA VEZ** ha recibido la vacuna contra la hepatitis B?

- |   |                                      |            |   |                |
|---|--------------------------------------|------------|---|----------------|
| 1 | Si                                   |            |   |                |
| 2 | No                                   | <b>SKP</b> | → | <b>TX05END</b> |
| 3 | EL DOCTOR SE NEGÓ CUANDO SE LO PIDIÓ | <b>SKP</b> | → | <b>TX05END</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO              | <b>SKP</b> | → | <b>TX05END</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR                  | <b>SKP</b> | → | <b>TX05END</b> |

**TX05Q02**

IF - TX05Q01 = 1

¿Cuántas dosis de vacuna contra la hepatitis B recibió?

\_\_\_ NÚMERO DE VACUNAS

- |    |                         |
|----|-------------------------|
| 03 | TODAS LAS VACUNAS       |
| 77 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |

**TX05END**

## State Added 06: VIH STDs (Version A)

**TX06INTRO**

IF - C12Q01 < 65

Las siguientes preguntas son sobre el problema nacional de salud del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no tiene obligación de contestar todas las preguntas si no desea hacerlo.

**TX06Q01**

IF - C21Q01 = 1

Anteriormente, usted mencionó que se hizo la prueba del VIH. Voy a leerle una lista de razones por las cuales algunas personas se hacen la prueba del VIH. Sin incluir las donaciones de sangre, ¿cuál de éstas diría usted que fue la razón **PRINCIPAL** para hacerse la prueba del VIH que se hizo más recientemente?

LEA POR FAVOR:

\*03 O POR EL CONSUMO DE DROGAS

- 01 Era un requisito
- 02 Alguien le sugirió que debería hacerse la prueba
- 03 Usted pensó que había contraído el VIH a través de una relación sexual\*
- 04 Simplemente quería saber si tenía el VIH o no
- 05 Estaba preocupado pensando que podía contagiar el VIH a alguien más
- 06 {IF C12Q19 = 2, Estaba embarazada}
- 07 Fue hecho como parte de una revisión médica de rutina
- 08 O se hizo la prueba por alguna otra razón
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX06Q02**

IF - C21Q01 = 1

Ahora, pensando en la prueba del VIH que se hizo más recientemente,

... ¿usted firmó un consentimiento informado por separado para la prueba del VIH?

- 1 SI
- 2 NO

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

**TX06Q03**

IF - C21Q01 = 1

Ahora, pensando en la prueba del VIH que se hizo más recientemente,

... ¿algún profesional de la salud le dijo que le iban a hacer una prueba del VIH a menos que usted se opusiera?

- 1 SI
- 2 NO

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

**TX06Q04**

IF - C21Q01 = 1

Ahora, pensando en la prueba del VIH que se hizo más recientemente,

...¿recibió usted asesoramiento o tuvo una charla con un profesional del cuidado de la salud antes de hacerse la prueba del VIH?

- 1 SI
- 2 NO

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

**TX06Q05**

IF - C21Q01 = 1

Ahora, pensando en la prueba del VIH que se hizo más recientemente,  
...¿recibió usted aconsejamiento o tuvo una charla con un profesional del cuidado de la salud sobre los resultados de la prueba?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX06Q06**

Voy a leer una lista. Cuando finalice, por favor dígame si alguna de las situaciones se aplica a usted. No necesita decirme cuál. Por relaciones sexuales entendemos sexo vaginal, oral o anal.

Usted tuvo relaciones sexuales con un hombre bisexual, es decir, un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres y mujeres; usted tuvo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas; usted tuvo relaciones sexuales con alguien que es VIH positivo.

NOTA PARA ENTREVISTADOR: READ IF A RESPONDENT ASKS

'Nos interesa saber si usted ha tenido relaciones sexuales con un HOMBRE bisexual solamente.'

'Existen ciertos riesgos adicionales de contraer VIH y STD para alguien que tiene relaciones sexuales con un hombre bisexual.'

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX06Q07**

¿Se ha inyectado usted drogas de la calle o recreativas en los últimos 12 meses?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX06Q08**

¿Cuál de los siguientes describe mejor a las personas con quien tuvo relaciones sexuales durante el último año?

LEA POR FAVOR:

- 1 Hombres solamente
- 2 Mujeres solamente
- 3 Tanto hombres como mujeres
- 4 No tuve parejas sexuales
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX06END**

## State Added 07: Caregiver (Version B)

### TX07INTRO

### TX07Q01

Las personas pueden cuidar o dar asistencia regularmente a un amigo o familiar que tiene un problema de salud, una enfermedad prolongada o una discapacidad.

En el último mes, ¿ha brindado este tipo de cuidados o de asistencia a un amigo o familiar?

- |   |                         |     |           |
|---|-------------------------|-----|-----------|
| 1 | SI                      |     |           |
| 2 | NO                      | SKP | → TX07END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP | → TX07END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR     | SKP | → TX07END |

### TX07Q02

IF - TX07Q01 = 1

¿Qué edad tiene la persona a quien usted le está proveyendo cuidado?

NOTA: SI MÁS DE UNA PERSONA, PREGUNTA:

¿Qué edad tiene la persona a quien usted cuida más?

\_\_\_ CODIGO EN AÑOS[0-115]

- |     |                         |
|-----|-------------------------|
| 777 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 999 | SE NEGÓ A CONTESTAR     |

### TX07Q03

IF - TX07Q01 = 1

El resto de las preguntas son sobre la persona a quien usted proporciona más cuidado.

¿Esta persona es un hombre o mujer?

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | Hombre              |
| 2 | Mujer               |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR |

**TX07Q04**

IF - TX07Q01 = 1

¿Cuál es la relación entre usted y él/ella?

LEER SI ES NECESARIO:

Por ejemplo, ¿es su madre/hija o padre/hijo?

NO LEA:

- 01 Padre o madre
- 02 Suegro o suegra
- 03 Hijo o hija
- 04 Cónyuge
- 05 Hermano o hermana
- 06 Abuelo o abuela
- 07 Nieto o nieta
- 08 Otro familiar
- 09 No es un familiar

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX07Q05**

IF - TX07Q01 = 1

¿Por cuánto tiempo ha provisto cuidados a {TX07Q04}, {IF TX07Q04 = 77 OR TX07Q04 = 99, esa persona}?

NOTA:

101-199 = DIAS 301-399 = MESES

201-299 = SEMANAS 401-499 = AÑOS

—

777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999 SE NEGÓ A CONTESTAR

¿Cuáles ha dicho el médico que son los problemas de salud, las enfermedades prolongadas o las discapacidades más importantes de la persona a quien usted cuida?

- 01 Artritis/Reumatismo
- 02 Asma
- 03 Cáncer
- 04 Diabetes
- 05 Enfermedad del corazón
- 06 Hipertensión/Presión sanguínea alta
- 07 Enfermedad pulmonar/Enfisema
- 08 Esclerosis múltiple (MS)
- 09 Osteoporosis
- 10 Enfermedad de Parkinson
- 11 Derrame cerebral
- 12 Otra condición médica/enfermedad
- 13 Ojos/problemas de visión (ceguera)
- 14 Problemas auditivos (sordera)
- 15 problemas de movilidad
- 16 Lesión de la columna vertebral
- 17 Lesión cerebral traumática (TBI)
- 18 Trastorno convulsivo/Problemas neurológicos
- 19 Amputación(es)
- 20 Trastorno de la comunicación/ Afasia  
Trastorno del lenguaje expresivo
- 21 Enfermedad de Alzheimer
- 22 Ataques isquémicos transitorios (Mini  
derrames cerebrales)
- 23 Otro demencia
- 24 Trastorno de déficit de atención e  
hiperactividad (ADHD)
- 25 Discapacidades del aprendizaje (LD)
- 26 Retardo mental o discapacidad  
intelectual
- 27 Parálisis cerebral (CP)
- 28 Síndrome de Down
- 29 Otra discapacidad del desarrollo  
(p.ej, bifida espinal, distrofia  
muscular, X frágil, Síndrome de  
Prader-Willi)
- 30 Trastorno del espectro autista  
(Trastorno autista, Trastorno de  
Asperger, Trastorno pervasivo del  
desarrollo no especificado [PPD-NOS],  
Trastorno de Rhett, Trastorno  
desintegrativo de la infancia)
- 31 Ansiedad
- 32 Depresión
- 33 Otro

88 NINGUN OTRA CONDICIÓN

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX07Q06** IF - TX07Q06 = 33

ENTER IN THE OTHER DISABILITIES THE RESPONDENT MENTIONED

1 Enter Disabilities

Other

**TX07Q07** IF - TX07Q01 = 1

{(TX07Q06) = 1, ¿Aproximadamente que edad tenía {TX07Q03=1,él,ella} cuando le diagnosticaron este importante problema de salud o discapacidad?, ¿Aproximadamente que edad tenía {TX07Q03=1,él,ella} cuando le diagnosticaron por **PRIMERA** vez un problema de salud o discapacidad importante?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Cuando nació, infancia, niñez temprana (5 años de edad o menor)
- 2 Niñez (de 6 a 12 años de edad)
- 3 Adolescencia (de 13 a 21 años de edad)
- 4 Adulto joven (de 22 a 39 años de edad)
- 5 Adulto maduro (de 40 a 64 años de edad)
- 6 Anciano (de 65 años de edad o mayor)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX07Q08**

IF - TX07Q01 = 1

¿En cuál de las siguientes áreas necesita **MÁS** su ayuda la persona a quien usted cuida?

LEA POR FAVOR:

\*02 LIMPIEZA, LA ADMINISTRACIÓN DEL DINERO O PREPARAR COMIDAS

- 01 El cuidado de si mismo, como comer, vestirse o bañarse
- 02 El cuidado del lugar de residencia o del espacio donde vive, como la \*
- 03 Comunicarse con otros
- 04 Aprender y recordar
- 05 Ver o escuchar
- 06 Movilidad dentro de la casa
- 07 Transporte fuera de la casa
- 08 Relacionarse bien con otras personas
- 09 Alivio/disminución de ansiedad o depresión
- 10 Otra cosa

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX07Q09**

IF - TX07Q01 = 1

En una semana promedio, ¿cuántas horas le provee cuidado a {TX07Q04} debido a su problema de salud, enfermedad prolongada o discapacidad?

NOTA: RESUME AL SIGUIENTE NÚMERO ENTERO DE HORAS.

\_\_\_ HORAS POR SEMANA

777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX07Q10**

IF - TX07Q01 = 1

Voy a leerle una lista de dificultades que usted pudo haber tenido como persona que brinda cuidados. Por favor, dígame cuál de éstas es la dificultad más grande con la que usted se ha encontrado como persona que brinda cuidados.

LEA POR FAVOR:

- 01 Crea una carga financiera
- 02 No le deja tiempo suficiente para usted
- 03 No le deja tiempo suficiente para su familia
- 04 Interfiere con su trabajo
- 05 Crea estrés
- 06 Crea o agrava problemas de salud
- 07 Afecta las relaciones en la familia
- 08 Otras dificultades
- 88 Ninguna dificultad
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX07Q11**

IF - TX07Q01 = 1

En el curso del año pasado, la persona que usted cuida, ¿experimentó cambios en su capacidad de pensar o recordar?

LEA SI ES NECESARIO:

Tuvo más dificultad para recordar gente, lugares o cosas, o para entender o tomar decisiones que la que tenía antes.

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX07END**

## State Added 08: Planificación familiar (Version B)

### TX08INTRO

### TX08Q01

Las siguientes preguntas son sobre lo que usted piensa y sus experiencias respecto a la planificación familiar. Recuerde que todas sus respuestas son confidenciales.

Algunas de las cosas que las personas hacen para evitar embarazos incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos momentos, usar métodos anticonceptivos como la píldora, implantes, inyecciones, condones, diafragmas, espuma, DIU, ligamento de trompas o vasectomía. ¿Está usted o su **{IF C12Q19 = 2, "esposo/pareja"; IF C12Q19 = 1, esposa/pareja}** haciendo algo en este momento para evitar **{IF C12Q19 = 2, quedar; IF C12Q19 = 1, que ella quede}** embarazada?

NOTA: SI TIENE MÁS DE UNA PAREJA, CONSIDERE LA PAREJA DE COSTUMBRE.

- |   |  |     |   |         |
|---|--|-----|---|---------|
| 1 | SI                                       |     |   |         |
| 2 | NO                                       | SKP | → | TX08Q03 |
| 3 | NO TIENE PAREJA/NO ES SEXUALMENTE ACTIVO | SKP | → | TX08END |
| 4 | PAREJA DEL MISMO SEXO                    | SKP | → | TX08END |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO                  | SKP | → | TX08END |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR                      | SKP | → | TX08END |

**TX08Q02**

IF - TX08Q01 = 1

¿Qué está usted o su {IF C12Q19 = 2, esposo/pareja; IF C12Q19 = 1, esposa/pareja} haciendo en este momento para evitar IF C12Q19 = 2, quedar; IF C12Q19 = 1, que ella quede} embarazada?

LEA SI ES NECESARIO:

- |    |  |            |   |                |
|----|--|------------|---|----------------|
| 01 | Ligamento de trompas   | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q06</b> |
| 02 | Histerectomía (esterilización femenina)                          | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q06</b> |
| 03 | Vasectomía (esterilización masculina)                            | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q06</b> |
| 04 | Píldora, todos los tipos (Seasonale, etc.)                       |            |   |                |
| 05 | Condomes masculinos  |            |   |                |
| 06 | Condomes femeninos   |            |   |                |
| 07 | Implantes anticonceptivos (Implanon)                             |            |   |                |
| 08 | Inyecciones (Depo-Provera)                                       |            |   |                |
| 09 | Parche anticonceptivo  |            |   |                |
| 10 | Diafragma, anillo vaginal o capuchón cervical (Nuvaring u otros) |            |   |                |
| 11 | DIU o SIU (incluidos Mirena y ParaGard)                          |            |   |                |
| 12 | Anticonceptivo de emergencia (EC o Plan B)                       |            |   |                |
| 13 | Interrupción de coito o método de marcha atrás                   |            |   |                |
| 14 | No tener relaciones sexuales en ciertos momentos (ritmo)         |            |   |                |
| 15 | Otro método (espuma, jalea o crema espermicidas, etc.)           |            |   |                |
| 16 | Abstinencia  |            |   |                |
| 77 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO  |            |   |                |
| 99 | SE NEGÓ A CONTESTAR  |            |   |                |

**TX08Q03**

IF - TX08Q01 = 2

¿Cuál es el principal motivo para no hacer nada para evitar que {IF C12Q19 = 2, usted; IF C12Q19 = 1, su esposa/pareja} quede embarazada?

LEA SI ES NECESARIO:

- 01 No pensaba que iba a tener relaciones sexuales /no tenía pareja regular
- 02 Desea un embarazo
- 03 No quiere usar métodos anticonceptivos
- 04 Su pareja no quiere usar métodos anticonceptivos
- 05 A usted o a su pareja no le agradan los métodos anticonceptivos o temen los efectos secundarios
- 06 No puede pagar los métodos anticonceptivos
- 07 Lapso en uso de un método
- 08 No cree que usted o su pareja pueda quedar embarazada
- 09 Usted o su pareja se hizo el ligamento de trompas (esterilización) **SKP** → **TX08Q06**
- 10 Usted o su pareja se hizo una vasectomía (esterilización) **SKP** → **TX08Q06**
- 11 Usted o su pareja tuvo una histerectomía **SKP** → **TX08Q06**
- 12 Usted o su pareja son demasiado viejos
- 13 Usted o su pareja está amamantando en este momento
- 14 Usted o su pareja recientemente tuvieron un bebé/ un parto
- 15 Otro motivo (Especifique) \_\_\_\_\_
- 16 No le importa si queda embarazada
- 17 Usted o su pareja está embarazada en este momento **SKP** → **TX08Q06**
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX08Q04** IF - TX08Q03 > 0 AND TX08Q03 <> 9 AND TX08Q03 <> 10 AND TX08Q03 <> 11 AND TX08Q03 <> 17

¿Qué piensa sobre tener un hijo ahora o en el futuro?

¿Usted diría que...

- |   |  |            |   |                |
|---|--|------------|---|----------------|
| 1 | No desea tener un hijo                     | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q06</b> |
| 2 | Sí desea tener uno                         | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q05</b> |
| 3 | No está seguro/a si desea o no tener hijos | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q06</b> |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO                    | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q06</b> |
| 9 | SE NEGÓ A CONTESTAR                        | <b>SKP</b> | → | <b>TX08Q06</b> |

**TX08Q05** IF - TX08Q04 = 2

¿En qué momento desearía tener un hijo? ¿Diría usted que...

LEA POR FAVOR:

- 1 Dentro de los próximos 12 meses
- 2 Entre los próximos 12 meses y dos años
- 3 Entre los próximos dos y 5 años, o
- 4 Dentro de 5 años o más
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX08Q06** IF - C12Q19 = 2

¿Cuál es su fuente habitual de servicios para las inquietudes sobre salud femenina, tal como planificación familiar, exámenes anuales, exámenes de senos, pruebas para enfermedades de transmisión sexual u otras inquietudes femeninas? ¿Usted diría...

LEA POR FAVOR:

- 1 Una clínica de planificación familiar
- 2 Departamento de salud
- 3 Ginecólogo privado
- 4 Médico de la familia
- 5 No recibo estos servicios
- 6 Otra
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX08Q07**

IF - TX08Q02 = 4 AND C12Q19 = 2

Anteriormente usted mencionó que está tomando la píldora para evitar el embarazo. En los últimos 30 días, ¿cuántas píldoras que debía tomar no tomó?

NOTA: SI QUIEN RESPONDE DICE QUE NO TOMÓ SUS PÍLDORAS INACTIVAS O INERTES, DIGA:

NOS INTERESA SABER CUANTAS PÍLDORAS ACTIVAS NO TOMÓ, ES DECIR, LAS PÍLDORAS QUE CONTIENEN EL MEDICAMENTO.

LEA POR FAVOR:

- 8 Tomó todas las píldoras
- 1 Olvidó una sola píldora, u
- 2 Olvidó tomar dos píldoras o más
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX08Q08**

IF - (TX08Q02 >= 4 OR TX08Q02 <= 15) AND C12Q19 = 2

Hay muchas razones por las que las mujeres eligen diferentes métodos anticonceptivos, ¿qué razones fueron muy importantes en su decisión para elegir su método anticonceptivo actual?

NO LEA: ALLOW 3

- 01 EVITA EL EMBARAZO
- 02 NO CUESTA MUCHO DINERO
- 03 PUEDO DEJAR DE USARLO Y QUEDAR  
EMBARAZADA CUANDO LO DESEE
- 04 ES FÁCIL OBTENERLO
- 05 NO TIENE EFECTOS SECUNDARIOS; SE QUE  
ES SEGURO
- 06 NO INTERFIERE CON LA RELACION SEXUAL
- 07 ESTÁ DISPONIBLE FACILMENTE
- 08 NO NECESITO TOMAR MEDICAMENTOS TODOS  
LOS DÍAS (NO TENGO QUE PENSAR EN ESO)
- 09 EL CAMBIO DEL CICLO MESTRUAL ME  
ASUSTA (PREFIERO TENER EL PERÍODO  
TODOS LOS MESES)
- 10 EL SEGURO LO CUBRE
- 11 MIS AMIGAS LO RECOMENDARON
- 12 MI FAMILIA LO RECOMENDO
- 13 MI MÉDICO LO RECOMENDO
- 66 OTRO
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX08Q09** IF - (TX08Q02 >= 4 OR TX08Q02 <= 6 OR TX08Q02 >= 12  
OR TX08Q02 <= 16) AND C12Q19 = 2

Hay métodos anticonceptivos que funcionan por tres meses o más tales como los implantes, las inyecciones y los DIU (dispositivos intrauterinos). ¿Cuáles son los motivos para no elegir el uso de estos métodos?

NO LEA: ALLOW 3

- 01 NO SABÍA QUE EXISTÍAN
- 02 NO SON ACCESIBLES/SON MUY COSTOSOS
- 03 TAL VEZ QUIERA QUEDAR EMBARAZADA ANTES
- 04 NO PUEDO CONSEGUIRLOS
- 05 TEMO LOS EFECTOS SECUNDARIOS
- 06 NO SE SI SON SEGUROS
- 07 EL PROVEEDOR NO LO OFRECE
- 08 EL SEGURO NO LO CUBRE
- 09 MIS AMIGAS NO LO RECOMIENDAN
- 10 MI FAMILIA NO LO RECOMIENDA
- 11 MI MÉDICO NO LO RECOMENDÓ
- 12 CREENCIAS RELIGIOSAS
- 13 PRIVACIDAD-NO QUIERO QUE MI PAREJA LO SEPA
  
- 66 OTRO
  
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX08END**

## State Added 09: Aculturación (Version A & B)

**TX09INTRO**

**TX09Q01**

¿Qué idioma diría usted que habla la mayor parte del tiempo?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Ingles
- 2 Español
- 3 Los dos, Español y Ingles igualmente  
(o TexMex)
- 4 Otro [Especifique]
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX09Q02**

¿En qué país nació usted?

1	Estados Unidos	<b>SKP</b>	→	<b>TX09END</b>
2	México	<b>SKP</b>	→	<b>TX09END</b>
3	Canadá			
4	Guam			
5	Puerto Rico			
6	Islas Virgenes			
7	Belize			
8	Costa Rica			
9	El Salvador			
10	Guatemala			
11	Honduras			
12	Nicaragua			
13	Panamá			
14	Argentina			
15	Bolivia			
16	Brazil			
17	Chile			
18	Columbia			
19	Ecuador			
20	Falkland Islands (Islas Malvinas)			
21	French Guiana			
22	Guyana			
23	Paraguay			
24	Perú			
25	South Georgia and the South Sandwich Islands			
26	Suriname			
27	Uruguay			
28	Venezuela			
29	China			
30	Japón			
31	North Korea			
32	South Korea			
33	Vietnam			
66	OTRO			
77	NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO	<b>SKP</b>	→	<b>TX09END</b>
99	SE NEGÓ A CONTESTAR	<b>SKP</b>	→	<b>TX09END</b>

**TX09Q02o**

IF - TX09Q02 = 66

ENTER IN THE SPECIFIED OTHER COUNTRY

1 Enter Country Other

**TX09Q03**

¿Cuánto tiempo ha vivido usted en los Estados Unidos?

NOTA:

101-199 = DIAS 301-399 = MESES

201-299 = SEMANAS 401-499 = AÑOS

—

777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX09END**

## State Added 10: Bebidas endulzadas con azúcar (Version A & B)

### TX10INTRO

### TX10Q01

La siguiente pregunta es acerca de las bebidas endulzadas con azúcar. ¿Cuántas veces por día bebe usted una lata, botella o vaso de bebidas endulzadas con azúcar? Esto incluye las gaseosas comunes, té dulce, bebidas energéticas, café con sabores, bebidas deportivas y jugos perforadoras de frutas (como Hawaiian Punch, Koolaid, SunnyD o Hi-C). No incluya las bebidas dietéticas o los jugos que son 100% de fruta.

LEA SI ES NECESARIO:

SERÍA UN VASO GRANDE O UNA LATA O BOTELLA DE 12 ONZAS. EL ENVASE DE JUGO PROMEDIO ES DE 6 ONZAS O MEDIA LATA.

NOTA PARA ENTREVISTADOR: LA LECHA BLANCA SOLA NO ES UNA BEBIDA ENDULZADA CON AZÚCAR. LA LECHE CON SABOR ES UNA BEBIDA ENDULZADA CON AZÚCAR.

ROUND RESPONSES UP

- 1 1 vez por día o menos
- 2 2 veces por día
- 3 3 veces por día
- 4 4 veces por día
- 5 5 veces o más por día

- 8 NINGUNO
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

### TX10END

## State Added 11: Lactancia materna

### TX11INTRO

### TX11Q01

Las siguientes preguntas son sobre lactancia materna.

¿Cuál es su reacción personal cuando ve a una mujer amamantando en público?

Diría usted que...

ACEPTE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLICAN. LEA POR FAVOR.

\*5 PARA QUE LAS MUJERES PUEDAN AMAMANTAR

\*6 A LA MUJER

- 1 No me molesta
- 2 No me molesta si ella se cubre o es discreta
- 3 No creo que sea apropiado
- 4 Creo que ella debería ir al baño más cercano
- 5 Desearía que hubiera un lugar más apropiado y privado, que no sea el baño,\*
- 6 Desearía que un gerente o empleado de seguridad hiciera salir del lugar\*
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q02**

Las siguientes preguntas son acerca de las actitudes de la gente en cuanto a la lactancia materna. ¿Qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con estas frases?

Una mujer debería poder amamantar a su bebé en público aún si incomoda a otra persona. ¿Está usted algo de acuerdo, firmemente de acuerdo, algo en desacuerdo o firmemente en desacuerdo?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Firmemente de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Firmemente en desacuerdo
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q03**

En general, la gente en su comunidad cree que es importante que las mujeres amamanten. ¿Está usted algo de acuerdo, firmemente de acuerdo, algo en desacuerdo o firmemente en desacuerdo?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Firmemente de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Firmemente en desacuerdo
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q04**

Algunas fórmulas son tan saludables para los bebés como la leche materna. ¿Está usted algo de acuerdo, firmemente de acuerdo, algo en desacuerdo o firmemente en desacuerdo?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Firmemente de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Firmemente en desacuerdo
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q05**

Los hospitales no deberían permitir la publicidad de fórmula de los productores de fórmula. ¿Está usted algo de acuerdo, firmemente de acuerdo, algo en desacuerdo o firmemente en desacuerdo?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Firmemente de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Firmemente en desacuerdo
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q06**

La lactancia materna ahorra dinero en los costos del cuidado de la salud. ¿Está usted algo de acuerdo, firmemente de acuerdo, algo en desacuerdo o firmemente en desacuerdo?

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 Firmemente de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Firmemente en desacuerdo
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q07**

Cuando se trata de la alimentación de los bebés, los proveedores de cuidados de salud deberían promover:

- \*4 SOBRE ALIMENTACIÓN DE LOS BEBÉS
- 1 La lactancia materna solamente
  - 2 La alimentación con fórmula solamente
  - 3 Tanto la lactancia materna como la fórmula
  - 4 Los proveedores de cuidados de salud no toman parte de las decisiones\*
  
  - 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
  - 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q08**

La ley de Texas establece que una madre tiene el derecho de amamantar a su bebé en cualquier lugar en que la madre tenga permitido estar. Antes de este momento, ¿usted sabía que existía esta ley en Texas?

- 1 SI
- 2 NO
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11Q09**

Las empresas o comercios que no obedecen esta ley y piden a la madre que deje de amamantar o se vaya del lugar deben ser penalizados o se les debe imponer una multa. ¿Está usted algo de acuerdo, firmemente de acuerdo, algo en desacuerdo o firmemente en desacuerdo?

NOTA: SI LA PERSONA ENCUESTADA NO SE ACUERDA CUAL LEY, POR FAVOR DIGA LO SIGUIENTE:

LA LEY DE TEXAS ESTABLECE QUE UNA MADRE TIENE DERECHO DE AMAMANTAR A SU BEBÉ EN CUALQUIER LUGAR EN QUE LA MADRE TENGA PERMITIDO ESTAR.

- 1 Firmemente de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Firmemente en desacuerdo
  
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NEGÓ A CONTESTAR

**TX11END**