

Texas

2006

Behavioral Risk Factor Surveillance System

Questionnaire

Behavioral Risk Factor Surveillance System 2006 Questionnaire

Table of Contents

Introduction and Screener.....	3
Core Sections.....	5
Section 1: Health Status.....	5
Section 2: Healthy Days — Health-Related Quality of Life.....	5
Section 3: Health Care Access.....	6
Section 4: Exercise.....	7
Section 5: Diabetes.....	7
Module 4: Diabetes.....	7
Section 6: Oral Health.....	10
Section 7: Cardiovascular Disease Prevalence.....	11
Section 8: Asthma.....	11
Section 9: Disability.....	12
Section 10: Tobacco Use.....	12
Section 11: Demographics.....	13
Section 12: Veteran’s Status.....	17
Section 13: Alcohol Consumption.....	17
Section 14: Immunization/Adult Influenza Supplement.....	18
Section 15: Falls.....	21
Section 16: Seatbelt Use.....	22
Section 17: Drinking and Driving.....	22
Section 18: Women’s Health.....	22
Section 19: Prostate Cancer Screening.....	24
Section 20: Colorectal Cancer Screening.....	25
Section 21: HIV/AIDS.....	25
Section 22: Emotional Support and Life Satisfaction.....	27
Transition to Modules and State-Added Questions.....	29
Optional Modules.....	30
Module 1: Random Child Selection.....	30
Module 3: Childhood Asthma Prevalence.....	32
Module 5: Visual Impairment and Access to Eye Care.....	32
Module 14: Anxiety and Depression.....	35
State-Added 1: Weight Control.....	37
State-Added 2: Epilepsy.....	38
State-Added 3: Smokeless Tobacco.....	39
State-Added 4: Secondhand Smoke.....	39
State-Added 5: Hurricane Relocation.....	40
Asthma Follow-up Questions.....	41
Closing Statement.....	41
Language Indicator.....	42

Introduction and Screener

HOLA, llamo de parte del Texas Department of State Health Services y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Mi nombre es **(nombre)**. Estamos recopilando información sobre la salud de los residentes de Texas. Su número de teléfono fue seleccionado al azar, y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud.

Hablo al **(numero de telefono)**?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Perdón por la molestia, adiós. **COLGAR**

Es esta una casa de familia?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos haciendo esta encuesta en casas de familia. **COLGAR**

Es este un teléfono celular?

Lea solo si fuera necesario: Por teléfono celular nos referimos a un teléfono portátil que puede utilizar fuera de su propio barrio.

En caso afirmativo,

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos de línea y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. **COLGAR**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su hogar. Cuántos miembros de su familia, incluyendo a usted, tienen 18 años o más?

___ Cantidad de adultos

En caso de ser “1”,

Es usted el adulto?

En caso afirmativo,

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación (Preguntar el sexo, de ser necesario) **Pase a la página 5.**

En caso negativo,

El adulto es hombre o mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación. Podría hablar con **[completar con (el/ella) de acuerdo con la pregunta anterior]**? **Pase a “encuestado correcto” en la página siguiente.**

Cuántos de estos adultos son hombres y cuántos son mujeres?

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

El integrante de su familia con quien necesito hablar es _____.

En caso de ser “usted”, pase a la página 4

To the correct respondent:

HOLA, mi nombre es **(nombre)**. Llamo de parte del **Texas Department of State Health Services** y de los Centros para el Control y la Prevencion de Enfermedades. Estamos recopilando informacion acerca de la salud de los residentes de **Texas**. Su numero de telefono fue seleccionado al azar para ser encuestado, por lo que desearia hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud.

Confidentiality Statement:

No le preguntare su nombre, direccion ni ninguna otra informacion personal que pudiera llegar a identificarle. Si hay alguna pregunta que no desee contestar, no tiene que hacerlo. Tambien puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la informacion que usted me brinde sera estrictamente confidencial. Si tiene preguntas acerca de esta encuesta, puedo darle un numero de telefono donde puede llamar para obtener mas informacion.

[Esta llamada podra estar siendo vigilada con el proposito de asegurar su calidad]

Core Sections

Section 1: Health Status

- 1.1 Diria usted que su estado de salud general es (73)
- Por favor, lea:**
- 1 Excelente
 - 2 Muy bueno
 - 3 Bueno
 - 4 Regular
- o**
- 5 Malo
- No lea:**
- 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar
 - 9 Refused

Section 2: Healthy Days — Health-Related Quality of Life

- 2.1 Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, cuantos días durante los últimos 30 días tuvo problemas de salud? (74–75)
- ___ Cantidad de días
 - 8 8 Ninguno.
 - 7 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar
- 2.2 Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, cuantos días durante los últimos 30 días sintió que su estado de salud mental no era bueno? (76–77)
- ___ Cantidad de días
 - 8 8 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 ("Ninguno"), pase a la siguiente sección]**
 - 7 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar
- 2.3 Durante los últimos 30 días, en cuantos días sintió que los problemas relacionados con su salud mental o física le impidieron realizar sus actividades habituales, tales como cuidados personales, trabajo o recreación? (78-79)

___	___	Cantidad de días
8	8	Ninguno
7	7	No sabe / No esta seguro/a
9	9	Rehusó contestar

Section 3: Health Care Access

3.1 Tiene algún tipo de cobertura médica, incluyendo seguro de salud, planes prepagados como los brindados por las HMO (Health Maintenance Organizations, u Organizaciones de Mantenimiento de la Salud), u otros planes gubernamentales como Medicare? (80)

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

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

En caso negativo, pregunte: "Hay más de una, o no hay ninguna persona a la que considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica?" (81)

- 1 Si, solo una
- 2 Mas de una
- 3 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

3.3 En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que necesito consultar a un médico pero no pudo hacerlo por razones económicas? (82)

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

3.4 Cuando fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen realizado como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)

- 1 En el último año (entre 1-12 meses)
- 2 En los últimos dos años (entre 1-2 años)
- 3 En los últimos 5 años (entre 2-5 años)
- 4 Hace 5 años o mas
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 Nunca
- 9 Rehusó contestar

Section 4: Exercise

- 4.1 En el ultimo mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, participo en alguna actividad fisica o hizo algun tipo de ejercicio como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardineria? (84)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Section 5: Diabetes

- 5.1 Alguna vez algun medico le informo que usted tenia diabetes?
Si la persona encuestada es mujer y responde "si", preguntele: "Fue unicamente durante el embarazo?"
- Si el encuestado / la encuestada contesta que le habian diagnosticado prediabetes ("borderline diabetes"), utilice el codigo de respuesta 4. (85)
- 1 Si
 - 2 Si, pero la encuestada dijo que se le diagnostico unicamente durante el embarazo
 - 3 No
 - 4 No, prediabetes o diabetes limitrofe.
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Module 4: Diabetes

Haga las siguientes preguntas si la respuesta a la pregunta basica 5.1. (codigo =1) fue afirmativa.

- Mod4_1. Que edad tenia cuando le informaron que tenia diabetes? (229-230)
- ___ Codifique la edad en anos [97 = 97 y mas]
- 9 8 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar

- Mod4_2. Esta tomando insulina? (231)
- 1 Si
 - 2 No
 - 9 Rehusó contestar

- Mod4_3. Esta tomando pildoras para la diabetes?

(232)

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

Mod4_4. Aproximadamente, con que frecuencia controla su nivel de glucosa o azucar en sangre? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizo un medico.

(233-235)

- 1 __ Veces por dia
- 2 __ Veces por semana
- 3 __ Veces por mes
- 4 __ Veces por ano
- 8 8 8 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Rehusó contestar

Mod4_5. Con que frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizo un medico.

(236-238)

- 1 __ Veces por dia
- 2 __ Veces por semana
- 3 __ Veces por mes
- 4 __ Veces por ano
- 8 8 8 Nunca
- 5 5 5 No tiene pies
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Rehusó contestar

Mod4_6. Ha tenido alguna vez alguna herida o irritacion en los pies que tardo mas de cuatro semanas en sanar?

(239)

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

Mod4_7. Aproximadamente, cuantas veces consulto a un medico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los ultimos 12 meses?

(240-241)

- __ Cantidad de veces [76 = 76 o mas]
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

Mod4_8. La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azucar en la sangre durante los ultimos tres meses. Cuantas veces ha controlado un medico, enfermera u otro profesional de la salud su "A-uno-C" en los ultimos 12 meses?

(242-243)

- — Cantidad de veces [76 = 76 o mas]
8 8 Ninguna
9 8 Nunca ha oido hablar de la prueba "A-uno-C".
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusó contestar

Nota CATI: Si la P5=555 (no tiene pies), pase a la P10.

Mod4_9. Cuantas veces en los ultimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritacion?

(244-245)

- — Cantidad de veces [76 = 76 o mas]
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusó contestar

Mod4_10. Cuando fue la ultima vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habria ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(246)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo mes (en cualquier momento en el ultimo mes)
2 En el ultimo año (hace mas de un mes pero menos de 12 meses)
3 En los ultimos 2 años (hace mas de un año pero menos de 2)
4 Hace 2 años o mas
8 Nunca

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
9 Rehusó contestar

Mod4_11. Su medico le ha informado en alguna ocasion que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatia?

(247)

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

Mod4_12. Ha tomado alguna vez algun curso o clase sobre como controlar usted mismo su diabetes?

(248)

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

Section 6: Oral Health

- 6.1.** Cuando fue la ultima vez que visito a un dentista o que fue a una clinica dental por algun motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, por ejemplo, ortodoncistas. (86)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 Hace 5 o mas anos
- 7 No sabe / No esta seguro/a

No lea:

- 8 Nunca
- 9 Rehusó contestar

- 6.2.** Cuantos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encia? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infeccion, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesion u ortodoncia. (87)

- 1 1 a 5
- 2 6 o mas, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno.
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

NOTA: Si le extrajeron las muelas de juicio por problemas de caries o de encia, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.

Nota CATI: Si P1 = 8 (Nunca) o P2= 3 (Todos), pase a la seccion siguiente.

- 6.3.** Cuando fue la ultima vez que un dentista o higienista le hizo una limpieza dental? (88)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 Hace 5 anos o mas
- 8 Nunca

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Section 7: Cardiovascular Disease Prevalence

Ahora me gustaria hacerle algunas preguntas acerca de las enfermedades cardiovasculares.

ALGUNA VEZ algun medico, enfermera u otro profesional de la salud le informo que tenia alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "si", "no", o "no estoy seguro".

7.1 (Alguna vez le informaron) que usted habia tenido un ataque cardiaco, tambien llamado infarto de miocardio? (89)

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

7.2 (Alguna vez le informaron) que habia tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (90)

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

7.3 (Alguna vez le informaron) que usted habia sufrido un derrame cerebral? (91)

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

Section 8: Asthma

8.1 Alguna vez algun medico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenia asma? (92)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Rehusos contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

8.2 Aun tiene asma? (93)

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

Section 9: Disability

Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles problemas o limitaciones de salud.

- 9.1** Tiene actualmente alguna limitacion para realizar alguna actividad debido a problemas fisicos, mentales o emocionales? (94)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

- 9.2** Tiene actualmente algun problema de salud que le exija usar algun tipo de equipo especial como baston, silla de ruedas o cama o telefono especial? (95)
- Incluya el uso ocasional o el uso de estos equipos en determinadas circunstancias especificas.**
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Section 10: Tobacco Use

- 10.1** Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (96)
- NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos**
- 1 Si
 - 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 9 Rehusó contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

- 10.2** Actualmente, fuma cigarrillos todos los dias, a veces o nunca? (97)
- 1 Todos los dias
 - 2 A veces
 - 3 Nunca **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 9 Rehusó contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

- 10.3** En los ultimos 12 meses, dejo de fumar durante un dia o mas debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (98)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a

Section 11: Demographics

11.1 Que edad tiene? (99-100)

____ Codifique la edad en años

0 7 No sabe / No esta seguro/a

0 9 Rehuso contestar

11.2 Es usted hispano/a o latino/a? (101)

1 Si

2 No

7 No sabe / No esta seguro/a

9 Rehuso contestar

11.3 Cual o cuales de los siguientes diria que es el grupo etnico al que usted pertenece? (102-107)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Por favor lea:

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiatico
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska

U

6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehuso contestar

Nota CATI: En caso de multiples respuestas a la P11.3, continue. De no ser asi, pase a la P11.5

11.4 Cuales de los siguientes grupos diria usted que representa mejor el suyo? (108)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiatico
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] _____
- 7 No sabe / No esta seguro/a

9 Rehuso contestar

11.5 Usted...? (109)

Por favor lea:

- 1 Esta casado/a
- 2 Esta divorciado/a
- 3 Es viudo/a
- 4 Esta separado/a
- 5 Nunca se ha casado
- 6 Vive en pareja pero sin estar casado/a

No lea:

9 Rehuso contestar

11.6 Cuantos niños menores de 18 años viven con usted? (110-111)

- ___ Cantidad de niños
- 8 8 Ninguno.
- 9 9 Rehuso contestar

11.7 Cual es el nivel de educación más alto alcanzado? (112)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solo recibió educación preescolar.
- 2 De 1 a 8 grado (Primaria)
- 3 Del 9 al 11 grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12 grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educación General (Graduado/a de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 años de Universidad (algún tipo de educación universitaria o técnica de nivel terciario)
- 6 4 o más años de Universidad (Graduado/a universitario/a)
- 9 Rehuso contestar

11.8 Actualmente, usted...? (113)

Por favor lea:

- 1 Es empleado/a asalariado/a
- 2 Es trabajador(a) independiente
- 3 Esta desempleado/a desde hace más de 1 año
- 4 Esta desempleado/a desde hace menos de 1 año
- 5 Realiza las tareas del hogar
- 6 Es estudiante
- 7 Esta jubilado/a

o

8 Esta incapacitado/a para trabajar

No lea:

9 Rehuso contestar

11.9

Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su nucleo familiar son de ---

(114-115)

Si el encuestado / la encuestada responde que "no" a todos los niveles de ingresos, indique codigo "99" (Rehuso contestar)

Lea solo si fuera necesario:

04 Menos de \$25.000 **En caso negativo, pregunte 05; en caso afirmativo, pregunte 03**
(entre \$20.000 y \$25.000)

03 Menos de \$20.000 **En caso negativo, pregunte 04; en caso afirmativo, pregunte 02**
(entre \$15.000 y \$20.000)

02 Menos de \$15.000 **En caso negativo, pregunte 03; en caso afirmativo, pregunte 01**
(entre \$10.000 y \$15.000)

01 Menos de \$10.000 **En caso negativo, codigo 02**

05 Menores a \$35.000 **En caso negativo, pregunte 06**
(entre \$25.000 y \$35.000)

06 Menos de \$50.000 **En caso negativo, pregunte 07**
(entre \$35.000 y \$50.000)

07 Menos de \$75.000 **En caso negativo, codigo 08**
(entre \$50.000 y \$75.000)

08 \$75.000 o mas

No lea:

77 No sabe / No esta seguro/a

99 Rehuso contestar

11.10

Aproximadamente, cuanto pesa sin zapatos?

(116-119)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema metrico, indique "9" en la columna 116.

Redondee los decimales la cantidad mayor

____ de peso (libras/kilos)
7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 9 Rehuso contestar

11.11 Aproximadamente, cuanto mide sin zapatos? (120-123)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema metrico, indique "9" en la columna 120.

Redondee los decimales hacia abajo

$\frac{_}{7777}$ / $\frac{_}{9999}$ de estatura (pies/ pulgadas/ metros/ centimetros)
No sabe / No esta seguro/a
Rehusó contestar

11.12 En que condado vive? (124-126)

$\frac{_}{777}$ / $\frac{_}{999}$ Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
No sabe / No esta seguro/a
Se niega a responder

11.13 Cual es el código postal de la localidad donde vive? (127-131)

$\frac{_}{77777}$ / $\frac{_}{99999}$ Código postal
No sabe / No esta seguro/a
Rehusó contestar

11.14 Tiene mas de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax. (132)

1 Si
2 No **[Pase a la P11.16]**
7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la P11.16]**
9 Rehusó contestar **[Pase a la P11.16]**

11.15 Cuantos de estos números de teléfono son números particulares? (133)

$\frac{_}{7}$ / $\frac{_}{9}$ Números de teléfono particulares **[6=6 o mas]**
No sabe / No esta seguro/a
Rehusó contestar

11.16 En los últimos 12 meses, su hogar ha estado sin servicio telefonico durante 1 o mas semanas? No incluya los cortes del servicio telefonico debido a situaciones climaticas o desastres naturales. (134)

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

11.17 Indique el sexo del encuestado / de la encuestad. Pregunte solo si es necesario. (135)

1 Masculino **[Pase a la siguiente seccion]**

2 Femenino **[Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente seccion]**

- 11.18** Que usted sepa, esta embarazada? (136)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta segura
 - 9 Rehusó contestar

Section 12: Veteran's Status

La siguiente pregunta se refiere al servicio militar.

- 12.1** Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular o en la Guardia Nacional o en la unidad de reserva militar? (137)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Section 13: Alcohol Consumption

- 13.1** En lo ultimos 30 dias, ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcoholica, como cerveza, vino, bebidas a base de malta o alcoholes fuertes destilados (liquor)? (138)
- 1 Si
 - 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 9 Rehusó contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

- 13.2** En los ultimos 30 dias, en cuantos dias por semana o por mes bebio al menos un trago de cualquier bebida alcoholica? (139-141)
- 1 _____ Dias por semana
 - 2 _____ Dias en los ultimos 30 dias
 - 8 8 8 Ningun trago en los ultimos 30 dias **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 9 Rehusó contestar

- 13.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor fuerte. Los dias en que bebio, en los ultimos 30 dias,

aproximadamente cuantos tragos bebio en promedio?

(142-143)

— — Cantidad de tragos
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

13.4 Si incluye todos los tipos de bebidas alcoholicas, cuantas veces en los ultimos 30 dias tomo X [CATI X= 5 para hombres, X = 4 para mujeres] o mas tragos en una ocasion?

(144-145)

— — Cantidad de veces
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

13.5 En los ultimos 30 dias, cual fue la maxima cantidad de tragos que bebio en una misma ocasion?

(146-147)

— — Cantidad de tragos
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

Section 14: Immunization/Adult Influenza Supplement

14.1 La vacuna contra la gripe es una inmunizacion contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo. En los ultimos 12 meses, se ha vacunado contra la gripe?

(148)

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

14.2 En los ultimos 12 meses, ha recibido una vacuna contra la gripe en forma de spray nasal? La vacuna contra la gripe en forma de spray nasal se conoce tambien como FluMist.

(149)

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

{CATI note: If Q14.1 or Q14.2 = 1 (Yes), continue; otherwise go to Q14.4s.}

NOTE: Questions 14.3s through 14.8s are intended for use only if the Adult Influenza Supplement is activated. The Behavioral Surveillance Branch will provide notification and instructions for implementing the Adult Influenza Supplement.

{Per CDC – questions 14.3s-14.8s will not be activated for January 2006 data collection.}

14.3s En que mes y ano lo vacunaron por ultima vez contra la gripe? Su vacuna mas reciente contra la gripe puede haber sido inyectable o por spray o aerosol. (150-155)

__ / __ __ __ Mes / Ano
7 7 / 7 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a (**Pregunte: “Fue antes de septiembre de 2005?” Codifique aproximadamente mes y ano**)
9 9 / 9 9 9 9 Rehusó contestar

Nota CATI: Si P14.3s fuera antes de 09/2005 o P14.3s = 77/7777 (No sabe) o 99/9999 (Rehusó contestar), continúe. De lo contrario, pase a la P14.5s.

14.4s Cual es la PRINCIPAL razon por la cual NO se ha vacunado contra la gripe para esta temporada? (156-157)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR O LA ENCUESTADORA: Temporada de gripe = Septiembre de 2005 a marzo de 2006.

No lea las respuestas que aparecen a continuacion. Seleccione la categoria que mas se asemeje a la respuesta.

0 1 Necesidad: No cree necesitarla / no se recomienda
0 2 Preocupacion por la vacuna: efectos secundarios/puede producir gripe/no es eficaz
0 3 Acceso / costo / inconveniencia
0 4 Escasez de vacunas: dejar vacunas para quienes mas la necesitan
0 5 Escasez de vacunas: trato de conseguir la vacuna pero no pudo
0 6 Escasez de vacunas: no reúne las condiciones para vacunarse
0 7 Alguna otra razon
7 7 No sabe / No esta seguro/a (**Pregunte: “Cual fue la principal razon?”**)
9 9 Rehusó contestar

14.5s Algun doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (158)

Lea todos los problemas que se indican a continuacion:

Problemas pulmonares, inclusive asma
Problemas cardiacos
Diabetes
Problemas renales
Sistema inmunitario debilitado por enfermedades cronicas, por ejemplo cancer o VIH/SIDA o por medicamentos, por ejemplo, esteroides
-O-
Anemia falsiforme (drepanocitosis) u otro tipo de anemia

1 Si
2 No [Pase a la P14.8s]
7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la P14.8s]
9 Rehusó contestar [Pase a la P14.8s]

14.6s Todavía padece (ese o cualquiera de esos) problema(s)? (159)

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

14.7s En la actualidad trabaja en una institución de atención de la salud, por ejemplo, clínica médica, hospital u hogar para ancianos? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo voluntario. (160)

- 1 Si
- 2 No [Pase a la P14.9]
- 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la P14.9]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P14.9]

14.8s Tiene contacto directo cara a cara o tiene que tocar a los pacientes como parte de su trabajo de rutina? (161)

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

14.9 Normalmente la vacuna contra la neumonía o la vacuna neumococcica se administra solamente una o dos veces en toda la vida de una persona y es diferente de la vacuna contra la gripe. Alguna vez le administraron la vacuna neumococcica? (162)

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

14.10 ALGUNA VEZ le administraron la vacuna contra la hepatitis B? La vacuna contra la hepatitis B se completa cuando se administra la tercera dosis. (163)

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

La siguiente pregunta es acerca de comportamientos vinculados a la Hepatitis B.

14.11 Dígame si CUALQUIERA de las siguientes frases le corresponde a USTED. NO me diga CUAL de ellas le corresponde; solamente si ALGUNA le corresponde: (164)

Nota CATI: Si el encuestado es mujer, no lea la respuesta #2

Tiene hemofilia y le administraron un concentrado de factor de la coagulacion
Es hombre y tuvo relaciones sexuales con otros hombres, incluso si fue solo una vez
Se ha inyectado drogas que se venden en la calle, incluso si fue solo una vez
Tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, incluso si fue solo una vez
Obtuvo un resultado positivo en una prueba del VIH
Tuvo relaciones sexuales (incluso si fue solo una vez) con alguien que podria haber contestado "si" a cualquiera de estas afirmaciones
Durante el ano pasado tuvo relaciones sexuales con dos o mas personas diferentes

Alguna de estas afirmaciones es verdadera en su caso?

- 1 Si, al menos una de estas afirmaciones es verdadera
- 2 No, ninguna de estas afirmaciones es verdadera
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusa a contestar

Section 15: Falls

Si el encuestado tiene 45 anos o mas, continúe; de lo contrario pase a la siguiente seccion.

Las siguientes preguntas son acerca de caidas recientes. Definimos 'caida' como la accion por la cual una persona, accidentalmente, queda en el piso o en otro nivel mas bajo a aquel en el cual se encontraba.

15.1 En los ultimos 3 meses, cuantas veces se ha caido? (165-166)

- — Cantidad de veces **[76 = 76 o mas]**
- 8 8 Ninguna **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 9 Rehusa contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

15.2 [Completar con "Le causo esta caida (la de P15.1) alguna lesion?"]. Si solo sufrio una caida segun P15.1 y la respuesta es "Si" (le causo una lesion); codigo 01. Si la respuesta es "No", codigo 88.

Cuantas de esas caidas le produjeron lesiones? Entendemos por lesion aquello que fue consecuencia de la caida y que le limita sus actividades habituales por lo menos por un dia o que hace que tenga que ir al doctor.

(167-168)

- — Cantidad de caidas **[76 = 76 o mas]**
- 8 8 Ninguna **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 9 Rehusa contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

Section 16: Seatbelt Use

16.1 Cuando maneja o viaja como pasajero, con que frecuencia usa el cinturon de seguridad?
Diria que...

(169)

Por favor lea:

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

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 Nunca manejo ni viaje en automovil
- 9 Rehusos contestar

{CATI Note: If Q16.1=8 (Never drive or ride in a car), go to Section 18; otherwise continue}

Section 17: Drinking and Driving

CATI note: If Q13.1 = 2 (No); go to next section.

The next question is about drinking and driving.

La siguiente pregunta se refiere a beber y manejar.

17.1 En los ultimos 30 dias, cuantas veces manejo habiendo bebido tal vez demasiado?

(170-171)

- - Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Rehusos contestar

Section 18: Women's Health

CATI note: If respondent is male, go to the next section.

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

18.1. La mamografia es una radiografia que se realiza a cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cancer de mama. Alguna vez se hizo una mamografia?

(172)

- 1 Si

- 2 No [Pase a la P18.3]
- 7 No sabe / No esta segura [Pase a la P18.3]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P18.3]

18.2. Cuando fue la ultima vez que se hizo una mamografia? (173)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo año (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 años (hace mas de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 3 años (hace mas de 2 años pero menos de 3)
- 4 En los ultimos 5 años (hace mas de 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusó contestar

18.3. Un examen clinico de mama es cuando un medico, enfermera u otro profesional de la salud palpa sus senos para detectar la posible existencia de bultos. Alguna vez le hicieron un examen clinico de mama? (174)

- 1 Si
- 2 No [Pase a la P18.5]
- 7 No sabe / No esta segura [Pase a la P18.5]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P18.5]

18.4. Cuando fue la ultima vez que se hizo un examen de mama? (175)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo año (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 años (hace mas de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 3 años (hace mas de 2 años pero menos de 3)
- 4 En los ultimos 5 años (hace mas de 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o mas
- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusó contestar

18.5. Un PAP (examen de Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cancer en el cuello del utero. Alguna vez se hizo un PAP? (176)

- 1 Si
- 2 No [Pase a la P18.7]
- 7 No sabe / No esta segura [Pase a la P18.7]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P18.7]

18.6. Cuando fue la ultima vez que se hizo un PAP? (177)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 3 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 3)
- 4 En los ultimos 5 anos (hace mas de 3 anos pero menos de 5)
- 5 Hace 5 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusos contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 11.18 =1 (esta embarazada) pase a la seccion siguiente

18.7. Le han practicado una histerectomia? (178)

Lea solo si fuera necesario:

La histerectomia es una cirugia mediante la cual se extrae el utero (la matriz).

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusos contestar

Section 19: Prostate Cancer Screening

CATI note: If respondent is ≤ 39 years of age, or is female, go to next section.

[A continuacion le hare algunas preguntas sobre pruebas de deteccion del cancer de prostata.](#)

19.1. La prueba del antigeno especifico de la prostata, llamada tambien PSA (por sus siglas en ingles), es un analisis de sangre que se usa para detectar el cancer de prostata. Alguna vez se hizo una prueba PSA? (179)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P19.3]**
- 7 No sabe / No esta seguro **[Pase a la P19.3]**
- 9 Rehusos contestar **[Pase a la P19.3]**

19.2. Cuando fue la ultima vez que se hizo una prueba PSA? (180)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 3 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 3)
- 4 En los ultimos 5 anos (hace mas de 3 anos pero menos de 5)
- 5 Hace 5 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe
- 9 Rehusó contestar

19.3. Un examen digital del recto es un examen en el que un médico, enfermero u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamaño, la forma y la dureza de la glándula prostática. Alguna vez le hicieron un examen digital del recto?

(181)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P19.5]**
- 7 No sabe / No está seguro **[Pase a la P19.5]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la P19.5]**

19.4. Cuando fue la última vez que se hizo un examen digital del recto?

(182)

Lea solo si fuera necesario:

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

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusó contestar

19.5. Alguna vez algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le informó que tenía cáncer de próstata?

(183)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusó contestar

Section 20: Colorectal Cancer Screening

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

20.1. La prueba de sangre en las heces es una prueba que puede hacerse con un dispositivo de prueba especial para uso en el hogar, a fin de detectar la presencia de sangre en las heces. Alguna vez se hizo esta prueba utilizando un dispositivo de prueba de uso doméstico?

(184)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P20.3]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P20.3]**

9 Rehuso contestar **[Pase a la P20.3]**

20.2. Cuando fue la ultima vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de prueba de uso domestico? (185)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 Hace 5 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehuso contestar

20.3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar los intestinos a fin de detectar señales de cancer u otros trastornos de salud. Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (186)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la seccion siguiente]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la seccion siguiente]**
- 9 Rehuso contestar **[Pase a la seccion siguiente]**

20.4. Cuando fue la ultima vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia? (187)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 En los ultimos 10 anos (hace mas de 5 anos pero menos de 10)
- 5 Hace 10 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehuso contestar

Section 21: HIV/AIDS

{CATI note: If respondent is 65 years old or older, go to next section.}

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Si bien le preguntaremos si se ha realizado exámenes, no le preguntaremos sobre los resultados de ninguno de ellos.

21.1 Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? No tenga en cuenta las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (188)

- 1 Si
- 2 No [Pase a la siguiente seccion]
- 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la siguiente seccion]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la siguiente seccion]

21.2 Sin incluir las donaciones de sangre, en que mes y año se realizó la última prueba de VIH? (189-194)

NOTA: Si la respuesta es anterior a enero de 1985, codifique "no sabe."

- ___ / ___ Codifique mes y año
- 7 7 7 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 9 9 9 Rehusó contestar

21.3 Donde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en un centro para tratamiento de adicción a drogas, en su hogar o en algún otro lugar? (195-196)

- 01 Médico particular o HMO
- 02 Centro de asesoramiento y control
- 03 Hospital
- 04 Clínica
- 05 Carcel o prision (u otra institucion correccional)
- 06 Centro para tratamiento de adicción a drogas
- 07 En el hogar
- 08 En otro lugar
- 77 No sabe / No esta seguro/a
- 99 Rehusó contestar

Nota CATI: Formule la P21.4; Si P21.2 = en los últimos 12 meses.

21.4 Fue una prueba rápida en la que supo el resultado en un par de horas? (197)

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

Section 22: Emotional Support and Life Satisfaction

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y al grado de satisfacción con respecto a su vida actual.

22.1 Con que frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?

(198)

Por favor lea:

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 En ocasiones
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

22.2

En terminos generales, cuan satisfecho/a esta con su vida?

(199)

Por favor lea:

- 1 Muy satisfecho/a
- 2 Satisfecho/a
- 3 Insatisfecho/a
- 4 Muy insatisfecho/a

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Transition to Modules and State-Added Questions

Please read:

Por ultimo, le hare otras cuantas preguntas acerca de otros temas relacionados con la salud.

Optional Modules

Module 1: Random Child Selection

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 11.6 =88 o 99 (no hay ninos menores de 18 anos en el hogar o rehusa contestar) pase al modulo siguiente.

Si la respuesta a la pregunta basica 11.6 =1, Encuestador/a, por favor lea: "Anteriormente usted menciona que en su hogar habia un nino / una nina de 17 anos de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese menor". **[Pase a la P1]**

Si la pregunta basica 11.6 >1 y la pregunta basica 11.6 no es 88 ni 99, encuestador por favor lea: "Anteriormente usted menciona que en su hogar habia [cantidad] ninos de 17 anos de edad o menores. Piense en esos [cantidad] ninos en orden de nacimiento, del mayor al menor. El nino / la nina mayor es el primero y el/la menor es el ultimo." Por favor incluya tambien a los ninos que tengan la misma fecha de nacimiento, como mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

INSTRUCCION CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NINOS. Este es el nino numero "X". En todas las preguntas que figuran a continuacion, sustituya la "X" por el numero correspondiente al nino elegido.

Encuestador/a, por favor lea:

Me gustaria hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los ninos en particular. El nino al que me referire es el "X^o" **[CATI: por favor complete con el numero correspondiente]** de los ninos que viven en su hogar. Todas las preguntas que le hare a continuacion se referiran al "X^o" nino. **[CATI: por favor complete]**

Mod1_1.

el "X^o" nino?

En que mes y ano nacio

(200-205)

__ / __ __ __ __ Codifique mes y ano
7 7 / 7 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 / 9 9 9 9 Rehusa contestar

INSTRUCCION CATI: Calcule la edad del nino en meses (EDADNINO1=0 a 216) y tambien en anos (EDADNINO2=0 a 17) en base a la fecha de la encuesta y el mes y el ano de nacimiento, tomando como valor para el dia de nacimiento el 15. Si el nino seleccionado tiene mas de 12 meses, ingrese la cantidad de meses en EDADNINO1 y 0 en EDADNINO2. Si el nino tiene 12 meses o menos, ingrese la cantidad de meses en EDADNINO1 y escriba en EDADNINO2= TRUNCO (EDADNINO1/12).

Mod1_2.

El nino en cuestion, es nino o nina?

(206)

1 Nino
2 Nina
9 Rehusa contestar

Mod1_3.

Es el nino / la nina hispano/a o latino/a?

(207)

1 Si

- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod1_4. Cual o cuales de las siguientes opciones diria que es el grupo etnico del nino / de la nina?

(208-213)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Por favor lea:

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiatico
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska

U

- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Nota CATI: En caso de multiples respuestas a la P4, continúe. De no ser así, pase a la P6.

Mod1_5. Cuales de los siguientes grupos diria usted que es el mas representativo del grupo etnico del nino / de la nina?

(214)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiatico
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otros
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod1_6. Que relacion tiene usted con el nino / la nina?

(215)

Por favor lea:

- 1 Padre o madre (incluye padre o madre biologico/a, padrastro / madrastra o padre o madre adoptivo/a)
- 2 Abuelo/a
- 3 Padre o madre de adopcion temporal o tutor
- 4 Hermano/a (incluye biologico, hermanastro/a o hermano/a adoptivo/a)
- 5 Otro familiar

6 No tiene ninguna relacion

No lea:

7 No sabe / No esta seguro/a
9 Rehusó contestar

Module 3: Childhood Asthma Prevalence

CATI note: If response to Core Q11.6 = 88 (None) or 99 (Refused), go to next module.

Las siguientes dos preguntas son acerca del "X^o" niño **[CATI: por favor complete con el numero correspondiente]**".

Mod3_1. En alguna ocasion, algun medico u otro profesional de la salud le informo que el niño / la niña "X^o" tenia asma? (227)

1	Si	
2	No	[Pase al modulo siguiente]
7	No sabe / No esta seguro/a	[Pase al modulo siguiente]
9	Rehusó contestar	[Pase al modulo siguiente]

Mod3_2. El niño aun tiene asma? (228)

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

Module 5: Visual Impairment and Access to Eye Care

{CATI note: If respondent is less than 40 years of age, go to next module.}

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre que grado de dificultad (de haberla) tiene usted para realizar ciertas actividades. Si usa anteojos o lentes de contacto, por favor indique su capacidad de realizarlas utilizando los anteojos o lentes de contacto.

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada es menor de 40 años, pase al modulo siguiente.

Mod5_1. Que grado de dificultad (de haberla) tiene usted para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diria usted que... (249)

Por favor lea:

1	Ninguna dificultad
2	Cierta dificultad
3	Dificultad moderada
4	Extrema dificultad

- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puede hacerlo por otros motivos

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod5_2. Que grado de dificultad (de haberla) tiene para leer periodicos, revistas, recetas, menus o numeros en el telefono? Diria que...

(250)

Por favor lea:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puedo leer por otras razones

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

Mod5_3. Cuando fue la ultima vez que un doctor o proveedor de atencion medica le examino los ojos? (251)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes) **[Pase a la P5]**
- 2 El ano pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses) **[Pase a la P5]**
- 3 Dentro de los 2 ultimos anos (entre 1 ano y menos de 2 anos)
- 4 hace 2 o mas anos
- 5 Never

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

Mod5_4. Cual es la principal razon por la cual no ha consultado a un proveedor de cuidados de la vista en los ultimos 12 meses?

(252-253)

Lea solo si fuera necesario:

- 0 1 Costo/seguro
- 0 2 No tengo/no conozco a un oculista
- 0 3 No puedo ir al consultorio/clinica (esta muy lejos, no tengo transporte)
- 0 4 No pude obtener una cita

- 0 5 No hay razon para ir (no tengo ningun problema)
- 0 6 No se me habia ocurrido
- 0 7 Otro

No lea:

- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 0 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 9 Rehusos contestar

Nota CATI: Pase a P5, si hay alguna respuesta al Modulo 4 (Diabetes) P10.

Mod5_5. Cuando fue la ultima vez que le hicieron un examen de la vista con las pupilas dilatadas? Este examen aumenta su sensibilidad a la luz temporalmente. (254)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes)
- 2 El ano pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses)
- 3 Dentro de los 2 ultimos anos (entre 1 ano y menos de 2 anos)
- 4 hace 2 o mas anos
- 5 Never

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusos contestar

Mod5_6. Tiene algun tipo de cobertura medica especifica para problemas oculares? (255)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusos contestar

Mod5_7. Algun oculista o medico le ha informado que ACTUALMENTE usted tiene cataratas? (257)

- 1 Si
- 2 Si, pero se las extrajeron
- 3 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusos contestar

Mod5_8. Algun oculista u otro medico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tiene glaucoma? (257)

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

- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

Por favor lea:

La Degeneración Macular (AMD) debida a la edad es una enfermedad que torna borrosa la visión central y de precisión necesaria para realizar actividades “frontales”, como leer, coser y conducir. La AMD afecta la macula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles.

- Mod5_9.** Algun oculista u otro médico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenía degeneración macular? (258)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
 - 9 Rehusó contestar

- Mod5_10.** Ha sufrido ALGUNA VEZ alguna lesión ocular en su lugar de trabajo mientras trabajaba? (259)
- 1 Si
 - 2 No []
 - 7 No sabe / No está seguro/a []
 - 9 Rehusó contestar []

Module 14: Anxiety and Depression

Ahora voy a formularle algunas preguntas acerca de su estado de ánimo. Cuando conteste por favor piense acerca de cuantos días ocurrió cada una de las siguientes cosas en las 2 últimas semanas.

- Mod14_1.** En las últimas 2 semanas, cuantos días tuvo muy poco interés o placer haciendo cosas? (325-326)
- __ 01-14 días
 - 8 8 Ninguno
 - 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar

- Mod14_2.** En las últimas 2 semanas, cuantos días se sintió triste, deprimido/a o sin esperanza? (327-328)
- __ 01-14 días
 - 8 8 Ninguno
 - 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar

Mod14_3. En las ultimas 2 semanas, cuantos dias le costo dormirse o mantenerse despierto/a o durmio demasiado?
(329-330)

-- 01-14 dias
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

Mod14_4. En las ultimas 2 semanas, cuantos dias se sintio cansado/a o tuvo muy poca energia?
(331-332)

-- 01-14 dias
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

Mod14_5. En las ultimas 2 semanas, cuantos dias tuvo muy poco apetito o comio demasiado?
(333-334)

-- 01-14 dias
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

Mod14_6. En las ultimas 2 semanas, cuantos dias se sintio mal consigo mismo/a o se sintio fracasado o sintio que fallo a si mismo/a o a su familia?
(335-336)

-- 01-14 dias
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

Mod14_7. En las ultimas 2 semanas, cuantos dias le costo concentrarse en diversas cosas, por ejemplo, leer el periodico o ver television?
(337-338)

-- 01-14 dias
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusos contestar

Mod14_8. En las ultimas 2 semanas, cuantos dias se movio o hablo tan lentamente que la gente se dio cuenta? O lo opuesto – estuvo muy inquieto/a o nervioso/a, moviendose constantemente de un lado a otro, mas de lo normal?
(339-340)

-- 01-14 dias
8 8 Ninguno

- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

Mod14_9. ALGUNA VEZ un doctor u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía un trastorno de ansiedad (por ejemplo, estrés agudo, ansiedad, ansiedad generalizada, obsesión compulsiva, ataques de pánico, fobias, estrés postraumático o ansiedad social? (341)

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

Mod14_10. ALGUNA VEZ un doctor u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía un trastorno depresivo (por ejemplo, depresión, depresión grave, distimia o depresión leve? (342)

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

State-Added 1: Weight Control

TX01Q01. En este momento, está tratando de bajar de peso?

- 1 Yes **[SKIP TO TX01Q03]**
- 2 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

TX01Q02. En estos momentos, está tratando de mantener su peso actual, o sea, de no subir de peso?

- 1 Yes
- 2 No **[SKIP TO NEXT SECTION]**
- 7 Don't know / Not sure **[SKIP TO NEXT Section]**
- 9 Refused **[SKIP TO Next Section]**

TX01Q03. Esta comiendo menos calorías o menos grasa para...

Probe for which:..

bajar de peso? **[if "Yes" TO TX01Q01]**

evitar subir de peso? **[If "Yes" TO TX01Q02]**

- 1 Si, menos calorías

- 2 Si, menos grasa
- 3 Si, menos calorías y menos grasa
- 4 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

TX01Q04. Esta haciendo la actividad física o el ejercicio para....

bajar de peso? [if "Yes" TO TX01Q01]

evitar subir de peso? [If "Yes" to TX01Q02]

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

TX01Q05. En los últimos 12 meses, un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dado consejo sobre su peso?

Probe for which:

- 1 Si, que baje de peso
- 2 Si, que suba de peso
- 3 Si, que mantenga mi peso actual
- 4 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

State-Added 2: Epilepsy

TX02Q01. Le han dicho alguna vez un doctor que usted sufre de epilepsia?

- 1 Yes
- 2 No [SKIP TO NEXT SECTION]
- 7 Don't know/Not sure [SKIP TO NEXT SECTION]
- 9 Refused [SKIP TO NEXT SECTION]

TX02Q02. Toma usted algun tipo de medicina para controlar su epilepsia?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

TX02Q03. Cuantas convulsiones o ataques epilepticos de cualquier tipo ha tenido usted en los últimos tres meses?

[Instrucciones: Si la persona menciona y cuenta auras como si fueran convulsiones, acepte esa respuesta. Si la persona indica que el/ella no ha tenido

nada mas que un aura o si no esta seguro(a) si debe contar las auras, NO cuente las auras como convulsiones.]

- 1 Ninguno
- 2 Una
- 3 Mas de una
- 4 Ya no tiene epilepsia o desordenes convulsivos **[Go to next section]**
- 7 No sabe/no esta seguro(a)
- 9 Se rehusa

TX02Q04. Durante el ano pasado, visito usted a un neurologo o especialista en epilepsia para su desorden convulsivo o epilepsia?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

TX02Q05. Durante el mes pasado, que tanto ha interferido su epilepsia o tratamiento para la epilepsia con sus actividades normales como el trabajar, la escuela, o el socializar con su familia o amigos? Diria usted que...

Please read

- 1 Nada
- 2 Ligeramente
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremadamente

Do not read

- 7 No sabe/no esta seguro(a)
- 9 Se rehusa

State-Added 3: Smokeless Tobacco

TX03Q01. Actualmente consume tabaco de mascar o *snuff* todos los dias, algunos dias o no lo consume para nada?

- 1 todos los dias
- 2 algunos dias
- 3 no lo consume para nada
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

State-Added 4: Secondhand Smoke

TX04Q01. //If there were a total ban on smoking in restaurants, would you eat out more, less, or would it make no difference?

Instructions to interviewer: If the respondent indicates that they already have a total ban on smoking in restaurants, ask if, after implementation did they eat out more, less or no difference.

- 1 More often
- 2 Less often
- 3 No difference
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

TX04Q02. //If there were a total ban on smoking in bars and music clubs, would you go to bars and music clubs more, less or would it make no difference?

Instructions to interviewer: If the respondent indicates that they already have a total ban on smoking in bars and music clubs, ask if, after implementation did they go out more, less or no difference.

- 1 More often
- 2 Less often
- 3 No difference
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

State-Added 5: Hurricane Relocation

TX05Q01a. //Which state and county were you living in during August 2005 before Hurricanes Katrina and Rita hit the Louisiana and Texas Gulf Coasts?

SELECT STATE: (list of states to be provided in CATI program)
77777 Don't know / Not sure [go to TX05Q02]
99999 Refused [go to TX05Q02]

TX05Q01b. ENTER COUNTY: _____
77777 Don't know / Not sure [go to TX05Q02]
99999 Refused [go to TX05Q02]

TX05Q02. //Did you have to move out of your home because of Hurricane Katrina or Hurricane Rita?

- 1 Yes [GO TO TX05Q03]
- 2 No [GO TO NEXT SECTION]
- 7 Don't know / Not sure [GO TO NEXT SECTION]
- 9 Refused [GO TO NEXT SECTION]

TX05Q03. //If you had to move out of your home, did you eventually...

- [Please Read]**
- 1 Move back to your former home
 - 2 Move back to another home in your former town
 - 3 Move to another home somewhere else in Texas
 - 4 Still in temporary housing
 - 7 Do not know / Not sure

Asthma Follow-up Questions

{Texas will participate in the Adult & Child Asthma Callback survey}

{If s8q1 or s8q2=1 or mod3_1 or mod3_2=1 continue, else go to closing}

{If ADULT only, proceed with ADULT; IF CHILD only, proceed with CHILD}

Asthma Selection: {ASTHMA CALLBACK SELECTION: CHOSE ADULT OR CHILD. (50% ADULT / 50% CHILD)}

ast1. Nos gustaria llamarle de nuevo dentro de las proximas 2 semanas para hablar en mas detallado sobre las experiencias de asma de (usted/su hijo(a)). La informacion sera usada para ayudar a desarrollar y mejorar los programas de asma en Texas.

La informacion que usted nos dio el dia de hoy y cualquiera informacion que usted nos de en el futuro se mantendra confidencial. Si usted esta de acuerdo, mantendremos su primer nombre o iniciales y numero de telefono archivados, separado de las respuestas coleccionadas el dia de hoy. Aunque usted acceda ahorita, usted puede negarse a participar en el futuro. Estaria bien si le llamaramos despues para hacer preguntas adicionales relacionadas con asthma?

- 1 Yes
- 2 No [go to closing]

ast2. Podria darme el nombre o iniciales de (fill in) para saber por quien preguntar cuando llamemos de nuevo?

- 1 Gave Information
- 9 Refused

ast3. ENTER NAME: _____

Closing Statement

Esta fue mi ultima pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinaran para brindarnos informacion sobre las practicas de salud de la poblacion de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperacion.

Language Indicator

Lang1. INTERVIEWER DO NOT READ
CODE LANGUAGE OF INTERVIEW

1	English
2	Spanish