



2009

Behavioral Risk Factor Surveillance System

TEXAS

Spanish - TexMex

January 2009

(CDC Core Draft - 12/22/2008)

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

2009 TEXAS BRFSS (Spanish - TexMex)

Introducción y módulo de selección de adultos al azar.....	1
Core Section 01: Estado de salud.....	5
Core Section 02: Días saludables, salud, calidad de vida relacionada.	5
Core Section 03: Acceso a atención de la salud.....	6
Core Section 04: Sueño.....	7
Core Section 05: Ejercicio.....	7
Core Section 06: Diabetes.....	8
Module 01: Prediabetes (A/B).....	8
Module 02: Diabetes.....	9
Core Section 07: Concientización sobre hipertensión.....	12
Core Section 08: Concientización sobre colesterol.....	12
Core Section 09: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares.....	13
Core Section 10: Asma.....	14
Core Section 11: Uso de tabaco.....	15
Core Section 12: Características demográficas.....	16
State Added 12: Límites de la Ciudad de Houston (A/B).....	21
Preguntas sobre el teléfono celular (January through December).....	22
Core Section 13: Condición de cuidador.....	23
Core Section 14: Discapacidad.....	23
Core Section 15: Consumo de alcohol.....	24
Core Section 16: Inmunizaciones.....	25
Required Module: Gripe pandémica (January through February).....	26
Core Section 17: La carga de la artritis.....	31
Core Section 18: Frutas y vegetales.....	33
Core Section 19: Actividad física.....	35
Core Section 20: VIH/SIDA.....	38
Core Section 21: Apoyo emocional y satisfacción en la vida.....	40
Core Section 22: Sobrevivientes del cáncer.....	41
Module 03: Días saludables (Síntomas) (B).....	43
Module 05: Sueño insuficiente(B).....	44
Module 06: Salud cardiovascular (A).....	45
Module 07: Medidas para controlar la presión arterial alta (A).....	46
Module 08: Ataque cardíaco y derrame cerebral (A).....	49
Module 15: Difteria y tétano (Adultos) (B).....	52
Module 16: Virus del Papiloma Humano (HPV) en adultos (B).....	53
Module 17: Herpes zóster (B).....	54
Module 25: Selección al azar de niños (A/B).....	54
Module 26: Prevalencia del asma infantil (A/B).....	56
Module 27: Inmunización infantil (A/B).....	57
Module 28: Virus del Papiloma Humano (HPV) en niños (A/B).....	57
Module 29: Difteria y tétano (Adolescentes) (A/B).....	58
State Added 01: Diabetes infantil (A/B).....	59
State Added 02: Tabaco (A/B).....	59
State Added 03: Fumadores pasivos (A/B).....	62
State Added 04: Estado de salud de veteranos (A/B).....	64
State Added 05: EPRB (B).....	65
State Added 06: Vacuna contra la hepatitis B (B).....	66
State Added 07: Piloto sobre consumo de frutas y vegetales (B).....	67
State Added 11: Piloto sobre variedad de vegetales (B).....	70
Módulo de seguimiento del asma (B).....	71
State Added 08: Violencia por parte de la pareja íntima (A).....	72
State Added 09: EPOC (A).....	73
State Added 10: Planificación familiar (Encuesta A).....	73
Módulo de seguimiento del asma (A).....	78

Introducción y módulo de selección de adultos al azar

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. SÍ, CONTINÚE 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 - IF ISCELL = 1

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

_ _ INGRESE EL NÚMERO DE ADULTOS IF ADULTS = 1 SKP → ONEADULT

MEN

¿Cuántos adultos son hombres?

_ _ INGRESE EL NÚMERO DE HOMBRES

WOMEN

¿Cuántos adultos son mujeres?

_ _ INGRESE EL NÚMERO DE MUJERES

WRONGTOT - IF MEN + WOMEN <> ADULTS

Disculpe, pero hay algo no está bien.

Número de hombres -
Número de mujeres - +

Número de adultos

1. CORREGIR EL NÚMERO DE HOMBRES SKP → MEN
2. CORREGIR EL NÚMERO DE MUJERES SKP → WOMEN
3. CORREGIR EL NÚMERO DE ADULTOS SKP → ADULTS

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 SKP → YOURTHE1
2. NO SKP → GETNEWAD

ONEADULT - IF ADULT = 1

¿Es usted el adulto?

NOTA: PREGUNTE EL SEXO SI ES NECESARIO.

1. SÍ, Y QUIEN RESPONDE ES HOMBRE SKP → YOURTHE1
2. SÍ, Y QUIEN RESPONDE ES MUJER SKP → YOURTHE1
3. NO

ASKGENDR - IF ADULT = 1 AND ONEADULT = 3

¿Es el adulto hombre o mujer?

1. HOMBRE
2. MUJER

GETADULT - IF ONEADULT = 3

¿Podría hablar con ...

[IF ASKGENDR = 1 SHOW] ...él?
[IF ASKGENDR = 2 SHOW] ...ella?

1. SÍ, EL ADULTO SE ESTÁ ACERCANDO AL TELÉFONO
2. NO, VAYA A LA SIGUIENTE PANTALLA, PRESIONE 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 SKP → INTROSCR
2. VOLVER A LA PREGUNTA SOBRE ADULTOS. ADVERTENCIA:
OTRA PERSONA PODRÍA SER SELECCIONADA PARA RESPONDER SKP → ADULTS

GETNEWAD - IF SELECTED = 2

¿Podría hablar con [RANDOMLY SELECTED RESPONDENT]?

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

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. PERSONA INTERESADA, CONTINÚE
2. VOLVER A LA PREGUNTA SOBRE ADULTOS. SKP → ADULTS
ADVERTENCIA: OTRA PERSONA PODRÍA SER
SELECCIONADA PARA RESPONDER

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. PERSONA INTERESADA, CONTINÚE SKP → C01Q01
2. VOLVER A LA PREGUNTA SOBRE ADULTOS. SKP → ADULTS
ADVERTENCIA: OTRA PERSONA PODRÍA SER
SELECCIONADA PARA RESPONDER

Core Section 01: Estado de salud

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

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

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

CATI NOTE: IF C02Q01 = 88 AND C02Q02 = 88 SKP TO C03Q01

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

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

Core Section 03: Acceso a atención de la salud

C03Q01

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

1. SÍ
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: 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. SÍ
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

Core Section 04: Sueño

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

Core Section 05: Ejercicio

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. SÍ
2. NO

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

Core Section 06: Diabetes

C06Q01

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

NOTA: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y QUIEN RESPONDE ES MUJER, PREGUNTE:
"¿FUE SÓLO CUANDO ESTABA EMBARAZADA?"

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

1. SÍ
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

Module 01: Prediabetes (A/B)

M01Q01 - IF C06Q01 <> 1

¿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. SÍ
2. NO

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

CATI NOTE: IF C06Q01 = 4; ANSWER Q2 "YES" (CODE 1)

M01Q02

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

NOTA: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y QUIEN RESPONDE ES MUJER, PREGUNTE:
"¿FUE SÓLO CUANDO ESTABA EMBARAZADA?"

1. SÍ
2. SÍ, DURANTE EL EMBARAZO
3. NO

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

Module 02: Diabetes

M02Q01 - IF C06Q01 = 1

¿Cuántos años tenía cuando le dijeron que tiene diabetes?

_ _ Codifique la edad en años [97 = 97 y más]

98. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

M02Q02 - IF C06Q01 = 1

¿Toma insulina en este momento?

1. SÍ

2. NO

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9. SE NEGÓ A CONTESTAR

M02Q03 - IF C06Q01 = 1

¿Aproximadamente, con qué frecuencia controla 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.

101-199 Veces por día

201-299 Veces por semana

301-399 Veces por mes

401-499 Veces por año

_ _ _ NÚMERO DE VECES

888. NUNCA

777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999. SE NEGÓ A CONTESTAR

M02Q04 - IF C06Q01 = 1

¿Aproximadamente, con qué frecuencia controla 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.

101-199 Veces por día
201-299 Veces por semana
301-399 Veces por mes
401-499 Veces por año

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. SIN PIES SKP → M02Q08
888. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

M02Q05 - IF C06Q01 = 1 AND M02Q04 <> 555

¿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 - IF C06Q01 = 1 AND M02Q04 <> 555

Una prueba "A one 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 one C"?

_ _ NÚMERO DE VECES [76 = 76 o más]

88. NINGUNO
98. NUNCA ESCUCHE ACERCA DE LA PRUEBA DE LA HEMOGLOBINA A1c ("A one C")
77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
99. SE NEGÓ A CONTESTAR

CATI NOTE: IF M02Q04 = 555 (NO FEET), GO TO M02Q08.

M02Q07 - IF C06Q01 = 1 AND M02Q04 <> 555

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

_ _ NÚMERO DE VECES [76 = 76 o más]

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

M02Q08 - IF C06Q01 = 1

¿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.

LEER 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 - IF C06Q01 = 1

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

- 1. SÍ
- 2. NO

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

M02Q10 - IF C06Q01 = 1

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

- 1. SÍ
- 2. NO

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

Core Section 07: Concientización sobre hipertensión

C07Q01

¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, enfermero u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta?

NOTA: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y QUIEN RESPONDE ES MUJER, PREGUNTE:
"¿FUE SÓLO CUANDO ESTABA EMBARAZADA?"

1. SÍ
2. SÍ, DURANTE EL EMBARAZO SKP → NEXT SECTION
3. NO SKP → NEXT SECTION
4. LE HAN DICHO PRE-HIPERTENSO O CON PRESIÓN ALTA SKP → NEXT SECTION
LÍMITE
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

C07Q02 - IF C07Q01 = 1

¿Toma actualmente medicamentos para la presión arterial alta?

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

Core Section 08: Concientización sobre colesterol

C08Q01

El colesterol en la sangre es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Ha controlado ALGUNA VEZ su nivel de colesterol en la sangre?

1. SÍ
2. NO SKP → NEXT SECTION
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

C08Q02 - IF C08Q01 = 1

¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo hizo su último control del nivel de colesterol en la sangre?

LEER SOLO 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 AÑO Y 5 AÑOS ATRÁS)
4. 5 AÑOS ATRÁS O MÁS

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

C08Q03 - IF C08Q01 = 1

¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, enfermero u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto?

1. SÍ
2. NO

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

Core Section 09: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares

C09Q01

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. SÍ
2. NO

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

C09Q02

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

1. SÍ
2. NO

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

C09Q03

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

1. SÍ
2. NO

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

Core Section 10: Asma

C10Q01

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

1. SÍ
2. NO SKP → NEXT SECTION

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

C10Q02 - IF C10Q01 = 1

¿Todavía tiene asma?

1. SÍ
2. NO

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

Core Section 11: Uso de tabaco

C11Q01

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

NOTA: 5 PAQUETES = 100 CIGARRILLOS

- 1. SÍ
- 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 C11Q01 = 1 AND C11Q02 = 1 OR 2

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

- 1. SÍ
- 2. NO SKP → C11Q05

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → C11Q05
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → C11Q05

CATI NOTE: IF C11Q02 = 3, CONTINÚE. OTHERWISE, GO TO 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?

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

Core Section 12: Características demográficas

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. SÍ
2. NO

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

CATI NOTE: IF MORE THAN ONE RESPONSE TO C12Q03, CONTINÚE. OTHERWISE SKIP TO C12Q05.

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
- U
6. Otra [Especifique]:_____

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

C12Q04 - IF C12Q03 HAS MORE THAN ONE 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
- U
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...?

1. Casado/a
2. Divorciado/a
3. Viudo/a
4. Separado/a
5. Nunca se casó
- 0
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?

LEER SOLO 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...

1. Empleado asalariado
2. Empleado por cuenta propia
3. Sin empleo por más de 1 año
4. Sin empleo por menos de 1 año
5. Ama de casa
6. Estudiante
7. Jubilado/a
- 0
8. No puede trabajar

9. SE NEGÓ A CONTESTAR

C12Q10

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

NOTA: SI QUIEN RESPONDE SE NIEGA A DAR UN NIVEL DE INGRESOS, USE EL CODIGO "99" PARA LA RESPUESTA

LEER SOLO SI ES NECESARIO

- 04. Menos de \$25,000 (de \$20,000 hasta menos de \$25,000)
- 03. Menos de \$20,000 (de \$15,000 hasta menos de \$20,000)
- 02. Menos de \$15,000 (de \$10,000 hasta menos de \$15,000)
- 01. Menos de \$10,000
- 05. Menos de \$35,000 (de \$25,000 hasta menos de \$35,000)
- 06. Menos de \$50,000 (de \$35,000 hasta menos de \$50,000)
- 07. Menos de \$75,000 (de \$50,000 hasta menos de \$75,000)
- 08. \$75,000 o más

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

CATI NOTE: IF C12Q11 = 7777 (DK/NS) OR 9999 (REF), SKIP TO C12Q13 AND C12Q14.

C12Q11

¿Aproximadamente cuánto pesa usted, sin zapatos?

NOTA: 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)

7777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C12Q12 - IF C12Q11 <> 7777 OR 9999

¿Aproximadamente cuánto mide, sin zapatos?

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

-- -- -- -- 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)

7777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9999. SE NEGÓ A CONTESTAR

CATI Note: IF C12Q13 = C12Q11 SKIP TO C12Q15.

C12Q13

¿Cuánto pesaba un año atrás?

SI QUIEN RESPONDE ES MUJER, DIGA: "Si hace un año estuvo embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?"

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

_ _ _ _ PESO (LIBRAS/KILOGRAMOS)

LIBRAS (POR EJEMPLO 220 LIBRAS = 220) O KILOGRAMOS (POR EJEMPLO 65 KILOGRAMOS = 9065 Y 110 KILOGRAMOS = 9110)

7777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

SKP → C12Q15

9999. SE NEGÓ A CONTESTAR

SKP → C12Q15

C12Q14 - IF (C12Q11 <> 7777, 9999) OR (C12Q13 <> C12Q11)

¿Fue intencional el cambio de peso entre su peso actual y su peso de un año atrás?

1. SÍ
2. NO

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9. SE NEGÓ A CONTESTAR

C12Q15

¿En qué condado vive?

_ _ _ CODIGO FIPS DEL CONDADO

777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C12Q16

¿Cuál es su código postal?

_ _ _ _ _ CÓDIGO POSTAL

77777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99999. SE NEGÓ A CONTESTAR

State Added 12: Límites de la Ciudad de Houston (A/B)

CATI NOTE: Please place after C12Q16

TX12Q15A - IF C12Q15 = 201 OR C12Q15 = 157 OR C12Q15 = 039 OR C12Q15 = 339

¿Vive usted dentro de los límites de la Ciudad de Houston?

1. SÍ
2. NO

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

C12Q17

¿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. SÍ
2. NO SKP → C12Q19

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → C12Q19
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → C12Q19

C12Q18 - IF C12Q17 = 1

¿Cuántos de estos números de teléfono son números residenciales?

_ NÚMEROS DE TELEFONO RESIDENCIALES [6=6 O MAS]

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

C12Q19

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

1. SÍ
2. NO

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

Preguntas sobre el teléfono celular (January through December)

C12Q19A

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

- 1. SÍ SKP → C12Q19C
- 2. NO

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

C12Q19B - IF C12Q19A = 2 OR C12Q19A = 7 OR C12Q19A = 9

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

- 1. SÍ SKP → C12Q19D
- 2. NO SKP → C12Q20

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → C12Q20
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → C12Q20

C12Q19C - IF C12Q19A = 1

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

- 1. SÍ
- 2. NO

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

C12Q19D - IF C12Q19A = 1 OR C12Q19B = 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. NINGÚN
- 777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C12Q20

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

- 1. HOMBRE SKP → NEXT SECTION
- 2. MUJER

C12Q21 - IF C12Q20 = 2 AND C12Q01 < 45

Que usted sepa, ¿está usted embarazada?

1. SÍ
2. NO

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

Core Section 13: Condición de cuidador

C13Q01

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. SÍ
2. NO

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

Core Section 14: Discapacidad

C14Q01

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

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

1. SÍ
2. NO

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

C14Q02

¿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. SÍ
2. NO

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

Core Section 15: Consumo de alcohol

C15Q01

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

1. SÍ
2. NO SKP → NEXT SECTION

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

C15Q02 - IF C15Q01 = 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 → NEXT SECTION
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C15Q03 - IF C15Q01 = 1 AND C15Q02 <> 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?

NOTA: 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

C15Q04 - IF C15Q01 = 1 AND C15Q02 <> 888

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

[IF C12Q20 = 1 SHOW] ...5...

[IF C12Q20 = 2 SHOW] ...4...

... tragos o más en una sola ocasión?

_ _ NÚMERO DE VECES

88. NINGUNO

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

C15Q05 - IF C15Q01 = 1 AND C15Q02 <> 888

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

_ _ NÚMERO DE VECES

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

Core Section 16: Inmunizaciones

C16Q01

La vacuna antigripal es una vacuna para la influenza o gripe que se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted la vacuna antigripal?

1. SÍ

2. NO

SKP → C16Q03

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

SKP → C16Q03

9. SE NEGÓ A CONTESTAR

SKP → C16Q03

C16Q02 - IF C16Q01 = 1

¿En qué mes y año recibió la vacuna antigripal más reciente?

_ _ / _ _ _ _ MES/AÑO

77 / 7777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 / 9999 SE NEGÓ A CONTESTAR

C16Q03 - IF C16Q01 <> 1

En los últimos 12 meses, ¿recibió usted una vacuna antigripal en forma de spray nasal? La vacuna antigripal en forma de spray nasal es también conocida como FluMist™.

1. SÍ
2. NO SKP → C16Q05

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → C16Q05
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → C16Q05

C16Q04 - IF C16Q03 = 1

¿En qué mes y año recibió la vacuna antigripal en forma de spray nasal más reciente?

_ _ / _ _ _ _ MES/AÑO

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

C16Q05

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. SÍ
2. NO

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

Required Module: Gripe pandémica (January through February)

C23Q01

¿Qué cree usted que es LO más eficaz que puede hacer para evitar contraer gripe?

POR FAVOR LÉALE

1. Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca tanto como sea posible durante la temporada de gripe
2. Evitar el contacto cercano con personas que podrían tener gripe
3. Recibir la vacuna antigripal
4. Tomar medicina antivírica, como Tamiflu, durante el primer o el segundo día que puede presentar síntomas de gripe.

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

C23Q02

¿Qué cree usted que es lo más eficaz que puede hacer para prevenir que otras personas se contagien de gripe cuando usted está enfermo/a?

POR FAVOR LÉALE

1. Lavarse las manos con frecuencia
2. Cubrirse la boca y la nariz cuando tose o estornuda
3. Permanecer en casa cuando tiene gripe
4. Recibir la vacuna antigripal
5. Otra cosa

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

C23Q03

Si hubiera un brote de gripe pandémica y usted no recibe la vacuna contra la gripe pandémica, ¿cuál cree usted que es la probabilidad de enfermarse de gripe pandémica?

NOTA: POR FAVOR, LEA TANTO LA CLASIFICACIÓN SUBJETIVA COMO EL RANGO DE PORCENTAJES.

1. Muy alta (90-100%)
2. Alta (70-89%)
3. Promedio (50-69%)
4. Baja (20-49%)
5. Muy baja (0-19%)

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

C23Q04

Si hubiera un brote de gripe pandémica, ¿qué probabilidades hay de que usted reciba la vacuna contra la gripe pandémica, si ésta estuviera disponible?

POR FAVOR LÉALE

1. Definitivamente la recibiría
2. Probablemente la recibiría
3. Probablemente no la recibiría
4. Definitivamente no recibiría una vacuna contra la gripe pandémica

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

C23Q05

Si los funcionarios de salud pública recomendaran que todos deben asistir a un sitio público específico tal como una escuela local, una estación de bomberos o un estadio deportivo para vacunarse y evitar la expansión de la gripe pandémica, usted...

POR FAVOR LÉALE

1. Definitivamente iría
2. Probablemente iría
3. Probablemente no iría
4. Definitivamente no iría a un lugar específico para vacunarse

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

C23Q06

Imagine una epidemia de gripe pandémica en EE.UU. el año próximo. ¿Qué sería LO MÁS importante que usted desearía saber?

POR FAVOR LÉALE

01. Cómo evitar contagiarse de gripe
02. Cómo evitar contagiar a otros la gripe
03. Los síntomas de la gripe
04. Cómo tratar la gripe
05. Las ciudades donde se han identificado casos de gripe
06. Información sobre la vacuna antigripal
07. Otra cosa

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

C23Q07

Durante una epidemia de gripe pandémica en EE.UU., ¿cuál sería su preferencia NÚMERO UNO de fuente de información sobre la gripe pandémica? Por favor, dígame su fuente de información NÚMERO UNO.

NO LE LEA

01. PERIÓDICOS
 02. TELEVISIÓN
 03. RADIO
 04. SITIOS EN INTERNET
 05. SU MÉDICO
 06. LOS CDC (CENTROS PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES)
 07. DEPARTAMENTOS DE SALUD PÚBLICA LOCALES O ESTATALES
 08. OTRAS AGENCIAS GUBERNAMENTALES
 09. FAMILIA O AMIGOS
 10. LÍDERES RELIGIOSOS
 11. ALGUNA OTRA FUENTE
77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
99. SE NEGÓ A CONTESTAR

C23Q08

Aparte de vacunarse, ¿qué es LO MÁS probable que haría usted si se reportara una epidemia de gripe pandémica EN SU ESTADO? Por favor, elija UNA frase de la siguiente lista.

POR FAVOR LÉALE

DE SER NECESARIO, DESPUÉS DE LEERLA UNA VEZ, DIGA: "LE REPETIRÉ LA PREGUNTA Y LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA AYUDAR A QUE LAS RECUERDE."

01. Consultar un sitio en Internet
 02. Evitar multitudes y eventos públicos
 03. Consultar al médico
 04. Intentar obtener una receta de medicamento antivírico tal como Tamiflu
 05. Reducir o evitar viajar
 06. Lavarse las manos frecuentemente
 07. Usar una máscara facial
 08. Mantener a los miembros del hogar en casa mientras dura la epidemia
 09. Abastecerse de medicamentos y alimentos que ayuden a combatir los síntomas de la gripe
 10. Otra cosa
77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
99. SE NEGÓ A CONTESTAR

C23Q09

Si los funcionarios de salud pública recomendaran que todos permanecieran en la casa por un mes debido a una epidemia grave de gripe pandémica en su comunidad, ¿es MUY probable, algo probable, algo IMprobable o MUY IMPROBABLE que usted permanezca en su casa por un mes?

1. MUY PROBABLE
2. ALGO PROBABLE
3. ALGO IMPROBABLE
4. MUY IMPROBABLE QUE PERMANEZCA EN LA CASA POR UN MES

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

C23Q10

Voy a leer una lista de tipos de empleos. Por favor, dígame si en la actualidad usted trabaja en alguno de estos campos.

- a. Servicios médicos de emergencia, orden público, bomberos o en la fabricación de vacunas pandémicas o antivíricas.
- b. Salud pública, proveedor de cuidados de salud, cuidados de salud en la casa o en una institución especializada en cuidado de ancianos o enfermos.
- c. En seguridad nacional o interna, como alguien que sería asignado durante una pandemia de gripe.

1. SÍ
2. NO

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

Core Section 17: La carga de la artritis

C17Q01

Las siguientes preguntas se refieren a las articulaciones de su cuerpo.

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene alguna forma de artritis, artritis reumatoidea, gota, lupus o fibromialgia?

NOTA: LOS DIAGNÓSTICOS DE ARTRITIS INCLUYEN:

- * REUMATISMO, POLIMIALGIA REUMÁTICA
- * OSTEOARTRITIS (NO OSTEOPOROSIS)
- * TENDONITIS, BURSITIS, JUANETE, CODO DE TENISTA
- * SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO, SÍNDROME DEL TUNEL TARSIANO
- * INFECCIÓN EN LAS ARTICULACIONES, SÍNDROME DE REITER
- * ESPONDILITIS ANQUILOSANTE; ESPONDILOSIS
- * SÍNDROME DEL MANGUITO ROTADOR
- * ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, ESCLERODERMA, POLIMIOSITIS, SÍNDROME DE RAYNAUD
- * VASCULITIS (ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES, PURPURA DE HENOCHE-SCHONLEIN, GRANULOMATOSIS DE WEGENER, POLIARTERITIS NODOSA)

- 1. SÍ
- 2. NO SKP → NEXT SECTION

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

C17Q02 - IF C17Q01 = 1

La artritis puede causar síntomas como dolor, molestia o rigidez en una articulación.

¿Está usted limitado en este momento de alguna manera, o alguna de sus actividades cotidianas se ven limitadas debido a la artritis o los síntomas en las articulaciones?

NOTA: SI SURGE ALGUNA PREGUNTA RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS, QUIEN RESPONDE DEBERÁ BASAR SU RESPUESTA EN LA EXPERIENCIA ACTUAL, SIN IMPORTAR SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO O REALIZANDO ALGÚN TRATAMIENTO.

- 1. SÍ
- 2. NO

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

C17Q03 - IF C17Q01 = 1

En la siguiente pregunta, nos referimos a los trabajos asalariados. ¿Afectan en la actualidad la artritis o los síntomas en las articulaciones su trabajo, el tipo de trabajo que realiza o la cantidad de trabajo que realiza?

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI QUIEN RESPONDE DA UNA RESPUESTA PARA CADA ASPECTO (SI TRABAJA, EL TIPO DE TRABAJO O LA CANTIDAD DE TRABAJO), Y SI LA RESPUESTA ES "SÍ" PARA CUALQUIER ASPECTO, INDIQUE LA RESPUESTA GENERAL COMO "SÍ". SI SURGE ALGUNA PREGUNTA RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS, QUIEN RESPONDE DEBERÁ BASAR SU RESPUESTA EN LA EXPERIENCIA ACTUAL, SIN IMPORTAR SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO O REALIZANDO ALGÚN TRATAMIENTO.

NOTA: P17.3 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral.

1. SÍ
2. NO

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

C17Q04 - IF C17Q01 = 1

En los últimos 30 días, ¿hasta qué punto su artritis o síntomas en las articulaciones interfirieron con sus actividades sociales normales, tales como ir de compras, al cine o a reuniones religiosas o sociales?

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA RESPONDE A CADA UNA DE ESTAS ESPECIFICACIONES (SI TRABAJA O NO, TIPO DE TRABAJO Y CANTIDAD DE TRABAJO) Y ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES "SÍ", MARQUE TODA LA RESPUESTA CON "SÍ". SI LE PREGUNTAN SOBRE MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS, EL ENCUESTADOR DEBE DECIR: "POR FAVOR RESPONDA A LA PREGUNTA CON BASE EN SU EXPERIENCIA ACTUAL, SIN CONSIDERAR SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO O SI SIGUE UN TRATAMIENTO".

POR FAVOR LÉALE

1. Mucho
2. Un poco
3. Para nada

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

C17Q05 - IF C17Q01 = 1

Por favor, piense en los últimos 30 días, teniendo en cuenta todos los dolores en las articulaciones para los que tomó medicamentos o no. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuál fue la intensidad del dolor en las articulaciones EN PROMEDIO? Por favor, responda en una escala de 0 a 10, donde 0 significa ningún dolor o molestia y 10 es el dolor o la molestia máxima.

_ _ INGRESE EL NÚMERO [0-10]

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

Core Section 18: Frutas y vegetales

C18Q01

Las siguientes preguntas se refieren a los alimentos que consume o bebe normalmente. Por favor, dígame la frecuencia con la que come o bebe cada uno, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etc. Recuerde que solo me interesan los alimentos que USTED consume. Incluya todos los alimentos que USTED consume, tanto en su casa como afuera.

¿Con qué frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, toronja o tomate?

101-199 Al día

201-299 A la semana

301-399 Al mes

401-499 Al año

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA

777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C18Q02

Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come fruta?

101-199 Al día

201-299 A la semana

301-399 Al mes

401-499 Al año

_ _ _ ENTRE NÚMERO DE VECES

555. NUNCA

777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C18Q03

¿Con qué frecuencia come ensalada de hojas verdes?

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes
401-499 Al año

_ _ _ ENTRE NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C18Q04

¿Con qué frecuencia come papas, sin incluir las papas fritas o chips de papa?

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes
401-499 Al año

_ _ _ ENTRE NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C18Q05

¿Con qué frecuencia come zanahorias?

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes
401-499 Al año

_ _ _ ENTRE NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

C18Q06

Sin contar las zanahorias, las papas o la ensalada, ¿cuántas porciones de vegetales come normalmente?

NOTA: "POR EJEMPLO, UNA PORCIÓN DE VEGETALES EN EL ALMUERZO Y UNA EN LA CENA SERÍAN DOS PORCIONES".

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes
401-499 Al año

_ _ _ ENTRE NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

Core Section 19: Actividad física

CATI NOTE: IF CORE C12Q09 = 1 (EMPLOYED FOR WAGES) OR 2 (SELF-EMPLOYED) THEN CONTINÚE. OTHERWISE, GO TO C19Q02.

C19Q01 - IF C12Q09 = 1 OR 2

Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes frases describe mejor su tarea? ¿Usted diría que...

NOTA: SI QUIEN RESPONDE TIENE VARIOS EMPLEOS, INCLUYA TODOS.

POR FAVOR LÉALE

1. La mayoría del tiempo está sentado o parado
2. La mayoría del tiempo está caminando
3. La mayoría del tiempo el trabajo es pesado o con exigencias físicas
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
9. SE NEGÓ A CONTESTAR

C19Q02

Nos interesan dos tipos de actividad física: la enérgica y la moderada. Las actividades enérgicas provocan un gran aumento de la respiración y el pulso, mientras que las actividades moderadas provocan aumentos pequeños de la respiración y el pulso.

Ahora, pensando en las actividades moderadas que realiza[fill in "cuando no está trabajando" if "employed" or self-employed"] en una semana normal, ¿usted realiza actividades moderadas por al menos 10 minutos por vez, tales como una caminata ligera, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, trabajo de jardinería o algo más que provoca un aumento de la respiración o del pulso?

- 1. SÍ
- 2. NO SKP → C19Q05

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → C19Q05
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → C19Q05

C19Q03 - IF C19Q02 = 1

¿Cuántos días por semana realiza estas actividades moderadas al menos por 10 minutos a la vez?

_ _ DÍAS POR SEMANA [01-07]

- 88. NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD FÍSICA SKP → C19Q05
MODERADA POR AL MENOS 10 MINUTOS
- 77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → C19Q05
- 99. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → C19Q05

C19Q04 - IF C19Q03 <> 77, 88, or 99

Los días cuando realiza actividades moderadas por al menos 10 minutos por vez, ¿cuánto tiempo total por día pasa realizando estas actividades?

_: _ HORAS Y MINUTOS POR DÍA

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

C19Q05

Ahora, pensando en las actividades enérgicas que realiza[fill in "cuando no está trabajando" if "employed" or self-employed"], en una semana normal, ¿realiza actividades enérgicas por al menos 10 minutos por vez, tales como correr, gimnasia aeróbica, trabajo de jardinería pesado o algo más que provoca un gran aumento de la respiración o del pulso?

- 1. SÍ
- 2. NO SKP → NEXT SECTION

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

C19Q06 - IF C19Q05 = 1

¿Cuántos días por semana realiza estas actividades enérgicas al menos por 10 minutos a la vez?

_ _ DÍAS POR SEMANA [01-07]

- 88. NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD FÍSICA SKP → NEXT SECTION
ENÉRGICA POR AL MENOS 10 MINUTOS
- 77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
- 99. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

C19Q07 - IF C19Q06 <> 77, 88, or 99

Los días cuando realiza actividades enérgicas por al menos 10 minutos por vez, ¿cuánto tiempo total por día pasa realizando estas actividades?

_: _ HORAS Y MINUTOS POR DÍA

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

Core Section 20: VIH/SIDA

CATI NOTE: IF RESPONDENT IS 65 YEARS OLD OR OLDER, GO TO NEXT SECTION

C20Q01 - 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. 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. SÍ
- 2. NO SKP → C20Q05

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → C20Q05
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → C20Q05

C20Q02 - C12Q01 < 65 & C20Q01 = 1

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

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

NOTA: 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

C20Q03 - C12Q01 < 65 & C20Q01 = 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?

NOTA: 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

CATI NOTE: ASK C20Q04, IF C20Q02 = WITHIN LAST 12 MONTHS; OTHERWISE GO TO C20Q05.

C20Q04 - IF C12Q01 < 65 & C20Q02 = WITHIN LAST 12 MONTHS

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

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

C20Q05 - IF C12Q01 < 65

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

Core Section 21: Apoyo emocional y satisfacción en la vida

C21Q01

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: SI LE PREGUNTAN DIGA: "POR FAVOR INCLUYA RESPALDO QUE PROVIENE DE CUALQUIER FUENTE".

POR FAVOR LÉALE

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

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

C21Q02

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

POR FAVOR LÉALE

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

Core Section 22: Sobrevivientes del cáncer

C22Q01

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?

NOTA: LEER SOLO 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. SÍ
- 2. NO SKP → CORE CLOSING

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → CORE CLOSING
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → CORE CLOSING

C22Q02 - IF C22Q01 = 1

¿Cuántos tipos diferentes de cáncer ha tenido?

- 1. SOLO UNO
- 2. DOS
- 3. TRES O MÁS

- 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → CORE CLOSING
- 9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → CORE CLOSING

C22Q03 - IF C22Q01 = 1

[IF C22Q02 = 1, ASK] ¿A qué edad le han dicho que tenía cáncer?

[IF C22Q02 = 2 OR 3, ASK] ¿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

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

C22Q04 - IF C22Q01 = 1

[IF C22Q02 = 1, ASK] ¿Qué tipo de cáncer era?

[IF C22Q02 = 2 or 3, ASK] Su diagnóstico más reciente de cáncer, ¿qué tipo de cáncer era?

NOTA: 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

REPRODUCTIVO FEMENINO (GINECOLÓGICO)

02. Cáncer cervical (cáncer del cuello uterino)

03. Cáncer endometrial (cáncer del útero)

04. Cáncer ovárico (Cáncer de ovario)

CABEZA/CUELLO

05. Cáncer de cabeza y cuello

06. Cáncer oral

07. Cáncer de faringe (garganta)

08. Tiroide

GASTROINTESTINAL

09. Cáncer de colon (intestino)

10. Cáncer esofagal (esófago)

11. Cáncer de hígado

12. Cáncer pancreático (páncreas)

13. Cáncer rectal (recto)

14. Estómago

LEUCEMIA/LINFOMA (NODULOS LINFATICOS Y MEDULA OSEA)

15. Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)

16. Leucemia (cáncer en la sangre)

17. Linfoma no de Hodgkin

REPRODUCTIVO MASCULINO

18. Cáncer de próstata

19. Cáncer de testículo

PIEL

20. Melanoma

21. Otro cáncer de piel

TORÁCICO

22. Corazón

23. Pulmón

CÁNCER EN EL SISTEMA URINARIO

24. Cáncer de vejiga

25. Cáncer renal (riñón)

OTROS

26. Hueso

27. Cerebro

28. Neuroblastoma

29. Otro

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

Module 03: Días saludables (Síntomas) (B)

M03Q01

Las siguientes preguntas son sobre problemas o síntomas relacionados con la salud.

En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días un dolor impidió que usted hiciera sus actividades normales tales como el cuidado personal, trabajar o recreación?

_ _ NÚMERO DE DÍAS [01-30]

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

M03Q02

En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se sintió triste, abatido/a o deprimido/a?

_ _ NÚMERO DE DÍAS [01-30]

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

M03Q03

En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se sintió preocupado/a, tenso/a o ansioso/a?

_ _ NÚMERO DE DÍAS [01-30]

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

M03Q04

En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se sintió muy saludable o lleno/a de energía?

_ _ NÚMERO DE DÍAS [01-30]

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

Module 05: Sueño insuficiente(B)

M05Q01

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus patrones de sueño.

En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas? Piense en el tiempo que pasó realmente durmiendo o tomando una siesta, no solo en las horas de sueño que debería tener.

NOTA: INGRESE HORAS DE SUEÑO EN NÚMEROS ENTEROS, REDONDEANDO 30 MINUTOS (1/2 HORA) O MÁS HACIA ARRIBA, A LA SIGUIENTE HORA COMPLETA Y DESCARTANDO 29 MINUTOS O MENOS MINUTOS.

_ _ NÚMERO DE HORAS [01-24]

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

M05Q02

¿Usted ronca?

NOTA: SI QUIEN RESPONDE INDICA QUE SU ESPOSO/A O ALGUIEN LE DIJO QUE RONCABA, ENTONCES LA RESPUESTA ES "SÍ", QUIEN RESPONDE RONCA.

- 1. SÍ
- 2. NO

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

M05Q03

En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se durmió durante el día, sin la intención de hacerlo?

_ _ NÚMERO DE DÍAS [01-30]

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

M05Q04

En los últimos 30 días, ¿alguna vez cabeceó o se durmió mientras conducía, aunque sea por un instante?

1. SÍ
2. NO
3. NO CONDUCE
4. NO TIENE LICENCIA

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

Module 06: Salud cardiovascular (A)

CATI NOTE: IF C09Q01 = 1 (YES), ask M06Q01. IF C09Q01 = 2, 7, 9, skip M06Q01.

M06Q01 - IF C09Q01 = 1

Quisiera hacerle algunas preguntas más sobre el estado de su corazón o su salud cardiovascular.

Después de su ataque cardíaco, ¿fue usted a algun centro de rehabilitación sin internarse? Algunas veces se le dice "rehab".

1. SÍ
2. NO

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

CATI NOTE: IF C09Q03 = 1 (YES), ASK M06Q02. IF C09Q03 = 2, 7, 9, skip M06Q02.

M06Q02 - IF C09Q03 = 1

Después de su accidente cerebrovascular, ¿fue usted a algun centro de rehabilitación sin internarse? Algunas veces se le dice "rehab".

1. SÍ
2. NO

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

CATI NOTE: M06Q03 IS ASKED OF ALL RESPONDENTS.

M06Q03

¿Toma aspirina a diario o día por medio?

1. SÍ
 2. NO

 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
 9. SE NEGÓ A CONTESTAR
- SKP → NEXT MODULE

M06Q04 - IF M06Q03 <> 1

¿Tiene usted algún otro problema o condición de salud que no le permita tomar aspirina?

NOTA: SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PREGUNTE: "¿ES UNA CONDICIÓN ESTOMACAL?"

INDIQUE EL MALESTAR ESTOMACAL CON EL CÓDIGO PARA PROBLEMAS DEL ESTÓMAGO.

1. Sí, condición no relacionada con el estómago
2. Sí, problemas estomacales
3. No

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

Module 07: Medidas para controlar la presión arterial alta (A)

M07Q01

¿Está tomando usted actualmente alguna de las siguientes medidas para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO

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

M07Q02

¿(Está) reduciendo la cantidad de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO
3. NO USA SAL

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

M07Q03

¿(Está) reduciendo el uso de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO
3. NO BEBE ALCOHOL

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

M07Q04

¿(Está) haciendo ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO

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

M07Q05

¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le aconsejó que tomara alguna de las siguientes medidas para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

¿(Alguna vez le aconsejaron que) cambie sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO

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

M07Q06

¿(Alguna vez le aconsejaron que) reduzca la cantidad de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO
3. NO USA SAL

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

M07Q07

¿(Alguna vez le aconsejaron que) reduzca el uso de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO
3. NO BEBE ALCOHOL

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

M07Q08

¿(Alguna vez le aconsejaron que) haga ejercicio(para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO

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

M07Q09

¿(Alguna vez le aconsejaron que) tome medicamentos (para ayudar a bajar o controlar su presión alta)?

1. SÍ
2. NO

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

M07Q10

¿Le han dicho en DOS O MÁS VISITAS DIFERENTES a un médico o a otro profesional de la salud que tenía presión arterial alta?

NOTA: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y QUIEN RESPONDE ES MUJER, PREGUNTE:
"¿FUE SÓLO CUANDO ESTABA EMBARAZADA?"

1. SÍ
2. SÍ, PERO LA MUJER DIJO QUE FUE SOLO DURANTE EL EMBARAZO
3. NO
4. DIJERON PRE-HIPERTENSO O PRESIÓN ALTA LÍMITE

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

Module 08: Ataque cardíaco y derrame cerebral (A)

M08Q01

Ahora quisiera preguntarle sobre su conocimiento sobre las señales y síntomas de un ataque cardíaco y de un derrame cerebral.

¿Cuál de los siguientes cree usted que es síntoma de un ataque cardíaco? Para cada uno, dígame "Sí", "No" o "No estoy seguro/a".

¿Cree usted que el dolor o la molestia en la mandíbula, el cuello o la espalda son síntomas de ataque cardíaco?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q02

¿(Cree usted que) sentirse débil, mareado o desmayarse (son síntomas de un ataque cardíaco)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q03

¿(Cree usted que) el dolor o malestar en el pecho (son síntomas de un ataque cardíaco)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q04

¿(Cree usted que) una dificultad repentina para ver con uno o con los dos ojos (es un síntoma de ataque cardíaco)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q05

¿(Cree usted que) el dolor o la molestia en los brazos o en el hombro (son síntomas de ataque cardíaco)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q06

¿(Cree usted que) la falta de aire (es un síntoma de ataque cardíaco)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q07

¿Cuál de los siguientes cree usted que es un síntoma de derrame cerebral? Para cada uno, diga "Sí", "No" o "No estoy seguro/a".

¿(Cree usted que) la confusión repentina o dificultad para hablar (son síntomas de un derrame cerebral)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q08

¿(Cree usted que) el adormecimiento repentino o la debilidad en la cara, el brazo o la pierna, especialmente de un lado, (son síntomas de un derrame cerebral)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q09

¿(Cree usted que) una dificultad repentina para ver con uno o con los dos ojos (es un síntoma de un derrame cerebral)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q10

¿(Cree usted que) un dolor o un malestar repentino en el pecho (son síntomas de un derrame cerebral)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q11

¿(Cree usted que) una dificultad repentina para caminar, vértigo o mareo, o la pérdida del equilibrio (son síntomas de un derrame cerebral)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q12

¿(Cree usted que) un fuerte dolor de cabeza sin causa conocida (es un síntoma de un derrame cerebral)?

1. SÍ
2. NO

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

M08Q13

Si pensara que alguien está teniendo un ataque cardíaco o un derrame cerebral, ¿qué es lo primero que haría?

1. Lo llevaría al hospital
2. Le diría que llamen a su médico
3. Llamaría al 911
4. Llamaría al esposo o esposa o a un familiar
5. Haría otra cosa

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

Module 15: Difteria y tétano (Adultos) (B)

M15Q01

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. SÍ
2. NO SKP → NEXT MODULE

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT MODULE
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT MODULE

M15Q02 - IF M15Q01 = 1

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

1. SÍ
2. NO SKP → NEXT MODULE

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

M15Q03 - IF M15Q02 <> 2

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)

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

Module 16: Virus del Papiloma Humano (HPV) en adultos (B)

CATI NOTE: TO BE ASKED OF FEMALES BETWEEN THE AGES OF 18 AND 49 YEARS.

M16Q01 - IF C12Q20 = 2 & C12Q01 >= 18 AND <= 49

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 HPV o 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)

1. SÍ
 2. NO
 3. EL MÉDICO SE NEGÓ A HACERLO CUANDO SE LO PIDIÓ

 7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
 9. SE NEGÓ A CONTESTAR
- SKP → NEXT MODULE
SKP → NEXT MODULE
SKP → NEXT MODULE
SKP → NEXT MODULE

M16Q02 - IF M16Q01 = 1

¿Cuántas dosis de vacuna para el HPV recibió?

__ _ NÚMERO DE VACUNAS
03. TODAS LAS VACUNAS

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

Module 17: Herpes zóster (B)

M17Q01 - IF C13Q01 >= 50

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. SÍ
2. NO

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

Module 25: Selección al azar de niños (A/B)

M25Q01 - IF C12Q07 < 88

[IF C12Q07 = 1 SHOW] 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 & < 88 SHOW] Anteriormente usted indicó que hay [ANS C13Q07] niños de 17 años de edad o menos en su casa. Piense en esos [ANS 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 [Xth] niño en su hogar. Todas las preguntas siguientes sobre los niños serán sobre el [Xth] niño.

¿Cuál es el mes y el año del nacimiento del [Xth] niño?

_ _ / _ _ _ _ CÓDIGO DE MES Y AÑO

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

M25Q02 - IF C12Q07 < 88

¿Es un niño o una niña?

1. NIÑO
2. NIÑA

9. SE NEGÓ A CONTESTAR

M25Q03 - IF C12Q07 < 88

¿Es el niño hispano o latino?

1. SÍ
2. NO

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

M25Q04 - IF C12Q07 < 88

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

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
- U
6. Otra [Especifique]:_____

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

M25Q05 - IF C12Q07 < 88 & M25Q04 HAS MORE THAN ONE RESPONSE INDICATED

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

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
- U
6. Otra [Especifique]:_____

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

M25Q06 - IF C12Q07 < 88

¿Cuál es su relación con el niño?

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

Module 26: Prevalencia del asma infantil (A/B)

M26Q01 - IF C12Q07 < 88

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el [Xth] niño.

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

1. SÍ
2. NO SKP → NEXT MODULE

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT MODULE
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT MODULE

M26Q02 - IF C12Q07 < 88 & M26Q01 = 1

¿Todavía tiene asma el niño?

1. SÍ
2. NO

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

Module 27: Inmunización infantil (A/B)

CATI NOTE: IF CHILD'S AGE IS >= 6 MONTHS, CONTINÚE. OTHERWISE GO TO NEXT MODULE.

M27Q01 - IF C12Q07 < 88 AND SELECTED CHILD'S AGE IS >= 6 MONTHS

En los últimos 12 meses, ¿ha recibido [**CATI: él/ella**] la vacuna antigripal? Hay dos tipos de vacunas antigripales. Una es inyectable, la otra es un spray nasal.

1. SÍ
2. NO

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

M27Q02 - IF C12Q07 < 88 AND SELECTED CHILD'S AGE IS >= 6 MONTHS

¿En qué mes y qué año recibió [**CATI: él/ella**] la vacuna antigripal más reciente? La vacuna antigripal puede haber sido inyectable o un spray. El spray es la vacuna antigripal que se coloca en la nariz.

_ _ / _ _ _ _ MES/AÑO

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

Module 28: Virus del Papiloma Humano (HPV) en niños (A/B)

M28Q01 - IF SELECTED CHILD IS FEMALE BETWEEN AGE 9 & 17

Tengo dos preguntas más acerca de una vacuna que la 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 HPV o GARDASIL®. ¿ALGUNA VEZ le han dado a la niña la vacuna contra el HPV?

NOTA: Human Papilloma Virus (Human Pap·uh·loh·muh Virus); Gardasil (Gar·duh· seel)

1. SÍ
2. NO **SKP → NEXT MODULE**
3. EL DOCTOR SE NEGÓ CUANDO SE LO PIDIERON **SKP → NEXT MODULE**

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO **SKP → NEXT MODULE**
9. SE NEGÓ A CONTESTAR **SKP → NEXT MODULE**

M28Q02 - IF M28Q01 = 1

¿Cuántas dosis de vacuna para el HPV recibió ella?

__ _ NÚMERO DE VACUNAS
03. TODAS LAS VACUNAS

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

Module 29: Difteria y tétano (Adolescentes) (A/B)

M29Q01 - IF SELECTED CHILD IS BETWEEN AGE 10 & 17

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. SÍ
2. NO

SKP → NEXT MODULE

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

SKP → NEXT MODULE
SKP → NEXT MODULE

M29Q02 - IF SELECTED CHILD IS BETWEEN AGE 10 & 17 AND M29Q01 = 1

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

1. SÍ
2. NO

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

M29Q03 - IF SELECTED CHILD IS BETWEEN AGE 10 & 17 AND M29Q01 = 1

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
2. NO

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

State Added 01: Diabetes infantil (A/B)

CATI NOTE: Please fill in the correct number child.

TX01Q01 - IF C12Q07 > 0 AND C12Q07 < 88

Tengo algunas preguntas más referentes al ["Xth"] niño.

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

1. SÍ
2. NO SKP → NEXT SECTION

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

TX01Q02 - IF C12Q07 > 0 AND C12Q07 < 88 AND TX01Q01 = 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

State Added 02: Tabaco (A/B)

TX02Q01 - IF C11Q01 = 1 AND (C11Q05 = 1 OR C11Q05 = 2)

A continuación, tengo algunas preguntas sobre dejar de fumar.

[IF C11Q03 = 1 SHOW] Anteriormente usted mencionó que en los últimos 12 meses dejó de fumar por un día o más porque estaba intentando dejar de fumar. En este momento, ¿está usted usando productos de tabaco que no se fuman tales como tabaco de mascar, snuff o snus, como una opción para dejar de fumar?

[IF C11Q02 = 3 SHOW] Anteriormente usted mencionó que solía fumar cigarrillos. ¿Solía usar productos de tabaco que no se fuman tales como tabaco de mascar, snuff o snus, como opción para dejar de fumar?

NOTA: EL *SNUS* (QUE ES EL NOMBRE EN SUECO DEL RAPÉ) ES UN TABACO HÚMEDO QUE NO SE FUMA Y QUE GENERALMENTE SE VENDE EN BOLSITAS QUE SE PONEN DEBAJO DEL LABIO HACIENDO PRESIÓN CONTRA LA ENCÍA.

1. SÍ
2. NO

8. NUNCA INTENTÉ DEJAR DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
9. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX02Q02

La siguiente pregunta es sobre las interacciones que usted pudo haber tenido con un médico, enfermero u otro profesional de la salud.

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces a visto a un médico, enfermero u otro profesional de la salud para obtener algún cuidado de salud para usted?

_ _ NÚMERO DE VECES [76 = 76 o más]

88. NINGUNO

SKP → TX02Q07

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX02Q03 - C11Q02 = 1 OR C11Q02 = 2 AND IF TX02Q02 <> 88

En los últimos 12 meses, es decir, desde [CATI: DATE FILL], ¿en cuántas visitas le aconsejó un médico, enfermero u otro profesional de la salud que dejara de fumar cigarrillos?

_ _ NÚMERO DE VISITAS [76 = 76 o más]

88. NINGUNO

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX02Q04 - C11Q02 = 1 OR C11Q02 = 2 AND IF TX02Q02 <> 88

¿En cuántas visitas un médico, enfermero u otro profesional de la salud le recomendó o discutió el uso de medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar, tal como goma de mascar de nicotina, parche, aerosol nasal, inhalador, pastillas o medicamentos recetados tales como Wellbutrin/Zyban/Bupropion?

NOTA PRONUNCIACIÓN: WELL BYOU TRIN/ZEYE BAN/BYOU PRO PEE ON

_ _ NÚMERO DE VISITAS [76 = 76 o más]

88. NINGUNO

77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX02Q05 - C11Q02 = 1 OR C11Q02 = 2 AND IF TX02Q02 <> 88

¿En cuántas visitas un médico, enfermero u otro profesional de la salud le recomendó o discutió métodos y estrategias además de la medicación para ayudarlo a dejar de fumar?

NOTA: EJEMPLOS DE OTROS MÉTODOS Y ESTRATEGIAS INCLUYEN TERAPIA, HIPNOSIS, MEDITACIÓN, USAR GOMA DE MASCAR REGULARMENTE Y HACER EJERCICIO.

_ _ NÚMERO DE VISITAS [76 = 76 o más]

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

TX02Q06 - IF C11Q05 = 1 OR C11Q05 = 2 AND TX02Q02 <> 88

En los últimos 12 meses, ¿en cuántas visitas un médico u otro profesional de la salud le recomendó que dejara de usar tabaco de mascar, snuff o snus?

NOTA: EL *SNUS* (QUE ES EL NOMBRE EN SUECO DEL RAPÉ) ES UN TABACO HÚMEDO QUE NO SE FUMA Y QUE GENERALMENTE SE VENDE EN BOLSITAS QUE SE PONEN DEBAJO DEL LABIO HACIENDO PRESIÓN CONTRA LA ENCÍA.

_ _ NÚMERO DE VISITAS [76 = 76 o más]

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

TX02Q07 - IF C11Q01 = 1

Una línea de ayuda para dejar de fumar es un servicio gratuito por teléfono que conecta a los fumadores con terapeutas capacitados para ayudarlos a dejar de fumar.

[If C11Q02 = 3 show] Cuando usted dejó de fumar, ¿llamó a una línea de ayuda para dejar de fumar?

[If C11Q02 <> 3 show] La última vez que usted intentó dejar de fumar, ¿llamó a una línea de ayuda para dejar de fumar?

- 1. SÍ
- 2. NO

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

State Added 03: Fumadores pasivos (A/B)

TX03Q01

A continuación, tengo algunas preguntas relacionadas con fumar en forma pasiva.

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las reglas sobre fumar adentro de su casa? ¿Diría usted que...

POR FAVOR LÉALE

1. No se permite fumar en ningún lugar adentro de la casa
2. Se permite fumar en algunos lugares o a determinadas horas
3. Se permite fumar en todos lados dentro de la casa o
4. No hay reglas respecto de fumar dentro de nuestra casa

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

TX03Q02 - IF C12Q09 > 0 OR C12Q09 < 3

Cuando está trabajando, ¿está en un espacio interior la mayoría del tiempo?

1. SÍ
2. NO SKP → TX03Q05

7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → TX03Q05
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → TX03Q05

TX03Q03 - IF (C12Q09 > 0 OR C12Q09 < 3) AND TX03Q02 = 1

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor la política oficial en su trabajo sobre fumar en áreas públicas interiores o comunes tales como recepciones, baños y cafeterías?

NOTA: PARA LOS TRABAJADORES QUE VISITAN CLIENTES, "LUGAR DE TRABAJO" SIGNIFICA SU LUGAR CENTRAL.

POR FAVOR LÉALE

1. No se permite en ningún área pública
2. Se permite en algunas áreas públicas
3. Se permite en todas las áreas públicas
4. No hay política oficial

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

TX03Q04 - IF C12Q09 > 0 OR C12Q09 < 3 AND TX03Q02 = 1

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor la política oficial en su trabajo sobre fumar en las áreas de trabajo?

POR FAVOR LÉALE

1. No se permite en ningún área de trabajo
2. Se permite en algunas áreas de trabajo
3. Se permite en todas las áreas de trabajo
4. No hay política oficial

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

TX03Q05

Si fuera totalmente prohibido fumar en restaurantes, ¿saldría usted a comer más seguido, menos, o no habría diferencia?

NOTA: SI QUIEN RESPONDE INDICA QUE YA EXISTE UNA PROHIBICIÓN TOTAL DE FUMAR EN RESTAURANTES, PREGUNTE: "DESPUÉS DE QUE FUE IMPLEMENTADA, ¿USTED SALE A COMER CON MAYOR, MENOR O IGUAL FRECUENCIA?"

1. MAS SEGUIDO
2. MENOS
3. NO HABRÍA DIFERENCIA

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

TX03Q06

Si fuera totalmente prohibido fumar en bares y clubes de música, ¿iría usted a bares y clubes de música más seguido, menos, o no habría diferencia?

NOTA: SI QUIEN RESPONDE INDICA QUE YA EXISTE UNA PROHIBICIÓN TOTAL DE FUMAR EN BARES Y CLUBES DE MÚSICA, PREGUNTE: "DESPUÉS DE QUE FUE IMPLEMENTADA, ¿USTED SALE A COMER CON MAYOR, MENOR O IGUAL FRECUENCIA?"

1. MAS SEGUIDO
2. MENOS
3. NO HABRÍA DIFERENCIA

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

State Added 04: Estado de salud de veteranos (A/B)

TX04Q01 - IF C12Q05 > 0 AND C12Q05 < 5

Las siguientes preguntas están relacionadas con el servicio militar.

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su servicio en el ejército de los Estados Unidos?

POR FAVOR LÉALE

1. Acutalmente en servicio activo
2. Acutalmente en la Guardia Nacional o unidad de Reserva
3. Retirado del servicio militar
4. Dado de baja del servicio militar por razones médicas
5. Dado de baja del servicio militar

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

TX04Q02 - IF C12Q05 > 0 AND C12Q05 < 5

Desde el 11 de noviembre de 1998, ¿ha prestado servicio en forma activa en un teatro de operaciones de combate? Así se refiere comúnmente a los veteranos de combate o a los veteranos de la Operación Libertad Duradera (O.E.F. por sus siglas en inglés) o de la Operación Libertad Iraquí (O.I.F.)

1. SÍ
2. NO

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

State Added 05: EPRB (B)

TX05Q01

A continuación, tengo algunas preguntas sobre que haría usted para cuidarse a usted mismo en caso de desastre natural.

Si los funcionarios del gobierno ordenaran una evacuación obligatoria en su área debido a un desastre mayor tal como un huracán, una inundación, un incendio forestal o un tornado, ¿definitivamente abandonaría el área, probablemente abandonaría el área, definitivamente se quedaría o probablemente se quedaría?

NOTA: SI QUIEN RESPONDE DICE "ABANDONARÍA EL ÁREA" O "PERMANECERÍA" PREGUNTE: "¿DEFINITIVA O PROBABLEMENTE?"

1. DEFINITIVAMENTE ABANDONARÍA EL ÁREA
2. PROBABLEMENTE ABANDONARÍA EL ÁREA
3. DEFINITIVAMENTE PERMANECERÍA
4. PROBABLEMENTE PERMANECERÍA
5. DEBO PERMANECER (POR EJEMPLO OFICIAL DE POLICÍA, ELECTRICISTA, FUNCIONARIO DE SALUD, ETC.)
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
9. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX05Q02

Si tuviera que evacuar, ¿cómo abandonaría el área?

POR FAVOR LÉALE

1. En su carro
2. En el carro de un familiar o de un amigo
3. Usaría el transporte público
4. Usaría el transporte provisto para la evacuación
8. NO ABANDONARÍA LA CASA
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
9. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX05Q03

Si tuviera que evacuar, ¿sería capaz físicamente, de viajar en un autobús por varias horas?

1. SÍ
2. NO
8. NO ABANDONARÍA LA CASA
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
9. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX05Q04

Si tuviera que evacuar, ¿a dónde iría a quedarse hasta que pudiera regresar a su casa?

LEER SOLO SI ES NECESARIO

1. Dejaría su casa e iría a una estructura más segura en su área
2. Se quedaría con amigos o familiares fuera de su área
3. Iría a un refugio público para casos de desastre
4. Dormiría en un carro o al aire libre
5. Permanecería en un hotel o motel

8. NO ABANDONARÍA LA CASA
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
9. SE NEGÓ A CONTESTAR

State Added 06: Vacuna contra la hepatitis B (B)

TX06Q01

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

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

NOTA: DE SER NECESARIO: "ES ADMINISTRADA EN TRES DOSIS SEPARADAS Y ESTÁ DISPONIBLE DESDE 1991. SE RECOMIENDA PARA LOS RECIÉN NACIDOS, LOS ADOLESCENTES Y PERSONAS COMO LOS TRABAJADORES DE CUIDADOS DE SALUD QUE PUEDEN ESTAR EXPUESTOS AL VIRUS DE LA HEPATITIS B."

1. SÍ
2. NO SKP → NEXT SECTION

3. EL DOCTOR SE NEGÓ CUANDO SE LO PIDIÓ SKP → NEXT SECTION
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → NEXT SECTION
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → NEXT SECTION

TX06Q02 - IF TX06Q01 = 1

¿Cuántas dosis de vacuna contra la hepatitis B recibió?

NOTA: TODAS LAS DOSIS = 3

__ NÚMERO DE VACUNAS
03. TODAS LAS VACUNAS

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

State Added 07: Piloto sobre consumo de frutas y vegetales (B)

TX07INT

Las siguientes preguntas son sobre las frutas y los vegetales que USTED comió y bebió durante el último mes, es decir en los últimos 30 días, incluyendo comidas y botanas. Aunque estas preguntas se parecen a las preguntas que usted ya contestó, son ligeramente diferentes. Por favor, piense en las frutas y vegetales en todas sus formas, ya sea cocidos, crudos, frescos, congelados o enlatados.

Dígame la frecuencia con la que USTED comió o bebió cada uno: por ejemplo, dos veces por día, una vez por día, dos veces por semana, tres veces por mes, etc.

NOTA: SI QUIEN RESPONDE CONTESTA QUE MENOS DE UNA VEZ POR MES, COLOQUE "0" VECES POR MES. SI QUIEN RESPONDE INDICA UN NÚMERO SIN REFERENCIA TEMPORAL, PREGUNTE: "¿ESO ES POR DIA, SEMANA O MES?"

TX07Q01

Durante el último mes, ¿cuántas veces por día, semana o mes bebió jugos de fruta 100% PUROS? No incluya bebidas con sabor a fruta y azúcar agregada o los jugos de fruta caseros a los que agregó azúcar. Sólo incluya jugo 100% natural.

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX07Q02

Durante el último mes, sin contar el jugo, ¿cuántas veces por día, semana o mes comió fruta? Cuente la fruta fresca, congelada o enlatada.

NOTA, ES NECESARIO: "SU MEJOR ESTIMADO ESTÁ BIEN. INCLUYA MANZANAS, BANANAS, PURE DE MANZANA, NARANJAS, ENSALADA DE FRUTA, SANDÍA, MELÓN, PAPAYA, MANGOS, UVAS Y BAYAS TALES COMO MORAS Y FRESAS."

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX07Q03

Durante el último mes, ¿cuántas veces por día, semana o mes comió ENSALADA de hojas verdes o de lechuga, con o sin otros vegetales?

NOTA, ES NECESARIO: "INCLUYA ENSALADAS CRUDAS AMERICANA O ESTILO OESTE, CON HOJAS DE LECHUGA, LECHUGA ROMANA, MEZCLA DE HOJAS VERDES O ESPINACA Y TAMBIÉN BOK CHOY (COL CHINA)."

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX07Q04

Durante el último mes, sin incluir las papas fritas, ¿cuántas veces por día, semana o mes comió algún tipo de PAPAS, ya sea horneadas, hervidas, en puré o en ensalada?

ES NECESSARIO: "PAPAS FRITAS INCLUYEN *FRENCH FRIES*, PAPITAS O CHIPS, TATER TOTS, PAPAS FRITAS CASERAS Y *HASH BROWN POTATOES*."

"ESTO INCLUYE PAPAS PREPARADAS DE CUALQUIER FORMA, COMO HORNEADAS, HERVIDAS, EN PURÉ, GRATINADAS O FESTONEADAS. INCLUYE PAPAS PREPARADAS COMO INGREDIENTES DE OTROS PLATOS COMO ENSALADA DE PAPAS."

"INCLUYA PAPAS BLANCAS, AMARILLAS Y ROJAS."

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX07Q05

Durante el último mes, ¿cuántas veces por día, semana o mes comió frijoles cocidos o secos enlatados, tales como frijoles refritos, horneados, sopa de frijoles, frijoles negros, garbanzos, frijoles de soja, tofu o lentejas? NO incluya ejotes.

NOTA, ES NECESARIO: "INCLUYA FRIJOLES REDONDOS U OVALADOS O GUISANTES TALES COMO FRIJOL NAVY, PINTO, CHÍCHAROS, FRIJOL DE VACA, GARBANZOS, LENTEJAS, FRIJOL DE SOJA Y TOFU. NO INCLUYA LOS EJOTES LARGOS TALES COMO LOS *STRING BEANS* O *POLE BEANS*."

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX07Q06

Sin incluir lo que recién mencionó, durante el último mes, ¿aproximadamente cuántas veces por día, semana o mes comió OTROS vegetales? Ejemplos de otros vegetales incluyen hojas verdes cocidas, tomates, brócoli, elote, berenjena, repollo y zanahorias.

NOTA, ES NECESARIO: "NO INCLUYA ENSALADAS DE LECHUGA, DE PAPAS BLANCAS, AMARILLAS O ROJAS, FRIJOLES O NADA QUE YA HAYA CONTADO."

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

State Added 11: Piloto sobre variedad de vegetales (B)

TX11Q01

Ahora voy a hacerle dos preguntas sobre vegetales específicos que comió durante el último mes, es decir, en los últimos 30 días.

Durante el último mes, ¿cuántas veces por día, semana o mes comió vegetales color verde oscuro, por ejemplo, lechuga de hoja verde oscuro, espinaca cruda o cocida, brócoli, acelga, o col?

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX11Q02

Durante el último mes, ¿cuántas veces por día, semana o mes comió vegetales color naranja tales como camotes, calabaza, calabaza de invierno o zanahorias?

NOTA, ES NECESARIO: "LA CALABAZA DE INVIERNO TIENE CÁSCARA DURA, GRUESA Y PULPA COLOR DE AMARILLO INTENSO A NARANJA. INCLUYE LA CALABAZA BELLOTA, LA CALABAZA 'BUTTERCUP' Y LA CALABAZA SPAGHETTI."

101-199 Al día
201-299 A la semana
301-399 Al mes

_ _ _ NÚMERO DE VECES

555. NUNCA
777. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
999. SE NEGÓ A CONTESTAR

Módulo de seguimiento del asma (B)

AdltPerm - IF C10Q01 = 1 OR C12Q02 = 1 OR M26Q01 = 1 OR M26Q02 = 1

Nos gustaría llamarlo nuevamente dentro de las próximas 2 semanas para hablar más detalladamente sobre sus experiencias con el asma [**CATI: suyo/de su hijo/a**]. La información será utilizada para ayudar a desarrollar y mejorar programas para el asma en Texas.

La información que nos dió hoy y que nos proporcione usted o cualquier persona de su hogar en el futuro será confidencial. Si usted está de acuerdo, mantendremos su número de teléfono en el archivo, separado de las respuestas que recogimos hoy. Incluso en el caso de que usted esté de acuerdo ahora, usted u otros miembros de su hogar pueden negarse a participar en el futuro. ¿Está de acuerdo en que lo volvamos a llamar más adelante para hacerle más preguntas relacionadas con el asma?

1. SÍ
2. NO

SKP → NEXT SECTION

MostKnow - IF AdltPerm = 1 AND ADULTCHILD = 2

¿Es usted el padre, madre o tutor, en el hogar que más sabe sobre el asma del niño?

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

CBTime - IF AdltPerm = 1

¿Cuándo sería un buen momento para llamarlo nuevamente? Por ejemplo, ¿en las tardes, día de semana, fin de semana?

[**IF MostKnow = 2**]: ¿Cuándo sería un buen momento para volver a llamar y hablar con el adulto que más sabe sobre el asma del niño? Por ejemplo, ¿en las tardes, día de semana, fin de semana?

INGRESE LA HORA PARA VOLVER A LLAMAR:

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

State Added 08: Violencia por parte de la pareja íntima (A)

TX08INT

La siguiente pregunta es sobre la violencia en la relación con una pareja íntima. Cuando digo pareja íntima quiero decir todo esposo/a o novio/a actual o pasado. Alguien con quien salía en citas o con quien mantuvo una relación íntima ya sea romántica o sexual también puede ser considerado una pareja íntima. Esta información nos ayudará a comprender mejor el problema de la violencia en las relaciones. Este es un tema delicado. Algunas personas no se sienten a gusto con estas preguntas. Al final de esta sección, le daré números de teléfono de organizaciones que brindan información y asesoría sobre estos temas. Por favor, recuerde que si no se encuentra en un lugar seguro puede pedirme que saltee cualquier pregunta que no desee contestar.

¿Se encuentra en un lugar seguro para contestar esta pregunta?

1. SÍ
2. NO

SKP → IPV_CLOSING

TX08Q01 - IF TX08INT = 1

En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún tipo de violencia física o tuvo relaciones sexuales no deseadas con una pareja íntima?

NOTA: "VIOLENCIA FISICA INCLUYE GOLPEAR, ABOFETEAR, EMPUJAR, PATEAR O LESIONAR DE CUALQUIER FORMA."

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

IPV_CLOSING

Sabemos que este tema puede recordarle experiencias pasadas sobre las que algunas personas desean hablar. Si usted o alguien que usted conoce desea hablar con un consejero capacitado, hay una línea telefónica de información gratuita y confidencial sobre violencia de parejas íntimas a la que puede llamar. El número es **1-800-799-SAFE (7233)**. ¿Desea que le repita el número?

State Added 09: EPOC (A)

TX09Q01

La siguiente pregunta es sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía enfermedad pulmonar obstructiva crónica, también llamada EPOC, enfisema o bronquitis crónica?

1. SÍ
2. NO

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

State Added 10: Planificación familiar (Encuesta A)

CATI NOTE: IF C12Q20 = 2 AND (C12Q21 = 1 OR C12Q01 > 45) GO TO ASTHMA CALL BACK SCRIPT; IF C12Q20 = 1 AND C12Q01 > 60, GO TO ASTHMA CALL BACK SCRIPT

TX10Q01 - IF (C12Q20 = 2 AND C12Q21 <> 1 AND (C12Q01 > 0 AND C12Q01 <= 45)) OR (C12Q20 = 1 AND (C12Q01 > 0 AND C12Q01 <= 60))

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 C12Q20 = 2, insert "esposo/pareja"; IF C12Q20 = 1, insert "esposa/pareja"] haciendo algo en este momento para evitar [IF C12Q20 = 2, insert "quedar"; IF C12Q20 = 1, insert "que ella quede"] embarazada?

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

1. SÍ
2. NO SKP → TX10Q03

3. NO TIENE PAREJA/NO ES SEXUALMENTE ACTIVO SKP → ASTHMA CALL BACK SCRIPT
4. PAREJA DEL MISMO SEXO SKP → ASTHMA CALL BACK SCRIPT
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → ASTHMA CALL BACK SCRIPT
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → ASTHMA CALL BACK SCRIPT

TX10Q02 - IF TX10Q01 = 1

¿Qué está usted o su [IF C12Q20 = 2, insert "esposo/pareja"; IF C12Q20 = 1, insert "esposa/pareja"] haciendo en este momento para evitar [IF C12Q20 = 2, insert "quedar"; IF C12Q20 = 1, insert "que ella quede"] embarazada?

LEER SOLO SI ES NECESARIO

- | | |
|--|---------------|
| 01. Ligamento de trompas | SKP → TX10Q06 |
| 02. Histerectomía (esterilización femenina) | SKP → TX10Q06 |
| 03. Vasectomía (esterilización masculina) | SKP → TX10Q06 |
| 04. Píldora, todos los tipos (Seasonale, etc.) | SKP → TX10Q04 |
| 05. Condones masculinos | SKP → TX10Q04 |
| 06. Condones femeninos | SKP → TX10Q04 |
| 07. Implantes anticonceptivos (Implanon) | SKP → TX10Q04 |
| 08. Inyecciones (Depo-Provera) | SKP → TX10Q04 |
| 09. Parche anticonceptivo | SKP → TX10Q04 |
| 10. Diafragma, anillo vaginal o capuchón cervical (Nuvaring u otros) | SKP → TX10Q04 |
| 11. DIU o SIU (incluidos Mirena y ParaGard) | SKP → TX10Q04 |
| 12. Anticonceptivo de emergencia (EC o Plan B) | SKP → TX10Q04 |
| 13. Interrupción de coito o método de marcha atrás | SKP → TX10Q04 |
| 14. No tener relaciones sexuales en ciertos momentos (ritmo) | SKP → TX10Q04 |
| 15. Otro método (espuma, jalea o crema espermicidas, etc.) | SKP → TX10Q04 |
| 16. Abstinencia | SKP → TX10Q04 |
| 77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | SKP → TX10Q04 |
| 99. SE NEGÓ A CONTESTAR | SKP → TX10Q04 |

TX10Q03 - IF TX10Q01 = 2

¿Cuál es el principal motivo para no hacer nada para evitar que [IF C12Q20 = 2, insert "usted"; IF C12Q20 = 1, insert "su esposa/pareja"] quede embarazada?

LEER SOLO 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 → TX10Q06
 10. Usted o su pareja se hizo una vasectomía (esterilización) SKP → TX10Q06
 11. Usted o su pareja tuvo una histerectomía SKP → TX10Q06
 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 → TX10Q06
77. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
99. SE NEGÓ A CONTESTAR

TX10Q04 - (IF TX10Q01 = 1 AND (TX10Q02 > 3 AND TX10Q02 <= 99)) OR (TX10Q01 = 2 AND ((TX10Q03 > 0 AND TX10Q03 < 9) OR (TX10Q03 >11 AND TX10Q03 < 17)) OR TX10Q03 = 77 OR TX10Q03 = 99))

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

¿Usted diría que...

POR FAVOR LÉALE

1. No desea tener un hijo SKP → TX10Q06
 2. Sí desea tener uno
 3. No está seguro/a si desea o no tener hijos SKP → TX10Q06
7. NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO SKP → TX10Q06
9. SE NEGÓ A CONTESTAR SKP → TX10Q06

TX10Q05 - IF TX10Q04 = 2

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

POR FAVOR LÉALE

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

TX10Q06 - IF C12Q20 = 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...

POR FAVOR LÉALE

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

TX10Q07 - IF C12Q20 = 2 AND TX10Q02 = 4

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."

POR FAVOR LÉALE

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

CATI NOTE: Allow up to 3 responses

TX10Q08 - IF C12Q20 = 2 AND TX10Q02 >= 4 AND TX10Q02 <= 15

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?

NOTA: COLOQUE HASTA 3 CÓDIGOS DE RESPUESTAS

NO LEA

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

CATI NOTE: Allow up to 3 responses

TX10Q09 - IF C12Q20 = 2 AND ((TX10Q02 > 3 AND TX10Q02 < 7) OR (TX10Q02 >11 AND TX10Q02 < 17))

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?

NOTA: SELECCIONE HASTA TRES RESPUESTAS.

NO LE LEA

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

Módulo de seguimiento del asma (A)

AdltPerm - IF C10Q01 = 1 OR C12Q02 = 1 OR M26Q01 = 1 OR M26Q02 = 1

Nos gustaría llamarlo nuevamente dentro de las próximas 2 semanas para hablar más detalladamente sobre sus experiencias con el asma [suyo/de su hijo/a]. La información será utilizada para ayudar a desarrollar y mejorar programas para el asma en Texas.

La información que nos dió hoy y que nos proporcione usted o cualquier persona de su hogar en el futuro será confidencial. Si usted está de acuerdo, mantendremos su número de teléfono en el archivo, separado de las respuestas que recogimos hoy. Incluso en el caso de que usted esté de acuerdo ahora, usted u otros miembros de su hogar pueden negarse a participar en el futuro. ¿Está de acuerdo en que lo volvamos a llamar más adelante para hacerle más preguntas relacionadas con el asma?

1. SÍ
2. NO

SKP → NEXT SECTION

MostKnow - IF AdltPerm = 1 AND ADULTCHILD = 2

¿Es usted el padre, madre o tutor, en el hogar que más sabe sobre el asma del niño?

1. SÍ
2. NO

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

CBTime - IF AdltPerm = 1

¿Cuándo sería un buen momento para llamarlo nuevamente? Por ejemplo, ¿en las tardes, día de semana, fin de semana?

[IF MostKnow = 2]: ¿Cuándo sería un buen momento para volver a llamar y hablar con el adulto que más sabe sobre el asma del niño? Por ejemplo, ¿en las tardes, día de semana, fin de semana?

INGRESE LA HORA PARA VOLVER A LLAMAR:

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

CLOSING

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todos serán combinadas para que nos den información sobre los hábitos de salud de la gente del estado. Le agradezco mucho por su tiempo y cooperación.

LANG1

Code language of interview.

DO NOT READ

1. ENGLISH
2. SPANISH

LENGTH [CATI NOTE: INTERVIEW TIME]

[INTERVIEW LENGTH IN MINUTES INSERTED INTO DATA SET BY CONTRACTOR]