



**2009**

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

**Cuestionario**

**2009 (Paper) V. 6 February 1, 2009**

## Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Borrador del cuestionario 2009

### Índice

Índice .....	2
Guión para el encuestador .....	3
Secciones básicas.....	4
Sección 1: Estado de salud .....	4
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud.....	5
Sección 3: Acceso a cuidados médicos .....	6
Sección 4: Sueño.....	7
Sección 5: Ejercicio.....	7
Sección 6: Diabetes.....	8
MODULE 1: PRE-DIABETIS.....	9
MODULE 2; DIABETIS.....	10
Sección 7: Conocimiento de su hipertensión .....	12
Sección 8: Conocimiento de su colesterol.....	13
Sección 9: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares.....	14
Sección 10: Asma.....	15
Sección 11: Consumo de tabaco.....	16
Sección 12: Información demográfica .....	18
STATE ADDED MODULE 1:TRIBAL AFFILIATION.....	19
STATE ADDED MODULE 2: HEALTH CARE COVERAGE.....	19
Sección 13: Persona que cuida de otra.....	25
Sección 14: Discapacidad .....	26
Sección 15: Consumo de alcohol .....	27
Sección 16: Vacunas .....	28
Sección 23: [Pandemic Influenza Questions —to be inserted following Section 16: Immunization].....	29
Sección 17: Carga de la artritis.....	34
Sección 18: Frutas y verduras .....	36
Sección 19: Actividad física .....	38
Sección 20: VIH/SIDA.....	40
Sección 21: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida .....	42
Sección 22: Sobrevivientes de cáncer.....	43
Módulos opcionales.....	45
Módulo 1: Prediabetes .....	8
Módulo 2: Diabetes.....	9
Módulo 14: Control de la artritis.....	45
Módulo 23: Contexto social .....	46
Módulo 24: Experiencias adversas en la niñez .....	49
Módulo 25: Selección aleatoria de niños.....	52
Módulo 26: Prevalencia de asma infantil.....	54
STATE ADDED MODULE 4: ASTHMA FOLLOW UP PERMISSION .....	55
Módulo 27: Vacunas en la niñez.....	57
STATE ADDED MODULE 5: ORIENTACION SEXUAL .....	58
STATE ADDED MODULE 7: CAIDAS .....	59
STATE ADDED MODULE 8: INCENDIOS RESIDENCIALES.....	60
STATE ADDED MODULE 9: TOBACCO.....	62

## Guión para el encuestador

HOLA, llamo de parte del Departamento de salud. Mi nombre es (nombre). Estamos juntando información acerca de la salud de los residentes de Nuevo Mexico. Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con la asistencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre salud y prácticas de salud.

¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

**Si la respuesta es "No",**

Disculpe; es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. Adiós.

**CUELGUE**

¿Es éste un domicilio particular en (estado) ?

**Si la respuesta es "No",**

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos haciendo esta encuesta en domicilios particulares en (estado). **CUELGUE**

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**[Léale solo si es necesario: "Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario".]**

**Si la respuesta es "Sí"**

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

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

\_\_\_ Cantidad de adultos

**Si la respuesta es "1",**

¿Es usted el adulto?

**Si la respuesta es "Sí",**

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

**Si la respuesta es "No",**

¿El adulto es hombre o mujer? Escriba abajo 1 hombre o 1 mujer. ¿Podría hablar con...?

**[Indique (él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior.] Pase a "persona encuestada correspondiente" en la página próxima.**

¿Cuántos de estos adultos son hombres y cuántos son mujeres?

\_\_\_ Cantidad de hombres

\_\_\_ Cantidad de mujeres

La persona que vive en su casa con quien necesito hablar es\_\_\_.

**Si la respuesta es "usted", pase a la página 4**

**A la persona encuestada correspondiente:**

HOLA, llamo de parte del **Departamento de salud**. Mi nombre es (nombre). Estamos juntando información acerca de la salud de los residentes de Nuevo Mexico. Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con la asistencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre salud y prácticas de salud.

## Secciones básicas

No le preguntaré su apellido, su dirección ni ningún otra información personal que pudiera identificarle. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta entrevista en cualquier momento. Toda la información que usted me de será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al 1-877-325-8226.

### Sección 1: Estado de salud

---

1.1 Diría usted que su estado de salud general es:

(73)

**Por favor léale:**

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular
- 5 Malo

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud

---

**2.1** Con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su salud física no fue buena? (74–75)

– – Número de días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

**2.2** Con respecto a su salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno? (76–77)

– – Número de días  
8 8 Ninguno [Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ninguno), pase a la siguiente sección]  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

**2.3** En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud física o mental le impidieron realizar sus actividades diarias, tales como cuidados personales, trabajo o recreación? (78–79)

– – Número de días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

### Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

**3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluido seguro de salud, planes prepagados como los HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare? (80)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

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

**Si la respuesta es "No", pregunte: "¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico o proveedor de atención médica personal?"** (81)

- 1 Sí, solo una
- 2 Más de una
- 3 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

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

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**3.4** ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

## Sección 4: Sueño

---

La pregunta siguiente es para saber si duerme o descansa lo suficiente.

4.1 En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que no durmió o no descansó lo suficiente?

(84-85)

—	—	Número de días
8	8	Ninguno
7	7	No sabe/No está seguro
9	9	Se niega a contestar

## Sección 5: Ejercicio

---

5.1 En el último mes, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o labores de jardinería?

(86)

1	Sí
2	No
7	No sabe/No está seguro
9	Se niega a contestar

## Sección 6: Diabetes

---

6.1 ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene diabetes?

**Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante el embarazo?"**

**Si la persona encuestada contesta que le diagnosticaron prediabetes o intolerancia a la glucosa, utilice el código de respuesta 4.**

(87)

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 No, prediabetes o intolerancia a la glucosa.
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 1: Pre-diabetes

---

**NOTA: solo se hacen las preguntas de este módulo si la persona contestó "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.1 (pregunta sobre si sabe si tiene diabetes).**

1. ¿Se ha hecho un examen para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años?

(245)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.1 = 4 (No, prediabetes o intolerancia a la glucosa); conteste P2 "Sí" (código = 1).**

2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

**Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante el embarazo?"**

(246)

- 1 Sí
- 2 Sí, durante el embarazo
- 3 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar



## Módulo 2: Diabetes

Haga las preguntas siguientes si la respuesta a la pregunta básica P6.1 (código = 1 ) es "Sí".

1. ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes? (247-248)

Codifique la edad en años [97 = 97 y más]  
 9 8 No sabe/No está seguro  
 9 9 Se niega a contestar

2. ¿Está tomando insulina? (249)

1 Sí  
 2 No  
 9 Se niega a contestar

3. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia examina su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (250-252)

1 - - Veces por día  
 2 - - Veces por semana  
 3 - - Veces por mes  
 4 - - Veces por año  
 8 8 8 Nunca  
 7 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 9 Se niega a contestar

4. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (253-255)

1 - - Veces por día  
 2 - - Veces por semana  
 3 - - Veces por mes  
 4 - - Veces por año  
 5 5 5 No tiene pies  
 8 8 8 Nunca  
 7 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 9 Se niega a contestar

5. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses consultó a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes?

(256-257)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguno  
 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 Se niega a contestar

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

(258-259)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguno  
 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba "A1C".  
 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si P4 = 555 (No tiene pies), pase a P8.**

7. ¿Aproximadamente cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar heridas o irritaciones?

(260-261)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguno  
 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 Se niega a contestar

8. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(262)

**Léale solo si es necesario:**

1 En el último mes (hace menos de 1 mes)  
 2 En el último año (hace 1 mes pero menos de 12)  
 3 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)  
 4 Hace 2 años o más

**No le lea:**

7 No sabe/No está seguro  
 8 Nunca  
 9 Se niega a contestar

9. ¿Su médico le ha dicho en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (263)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

10. ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (264)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 7: Conocimiento de su hipertensión

---

**7.1** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión)? (88)

**Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele:  
"¿Esto fue únicamente durante su embarazo?"**

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo [Pase a la siguiente sección]
- 3 No [Pase a la siguiente sección]
- 4 Hipertensión arterial límite o prehipertenso [Pase a la siguiente sección]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a la siguiente sección]
- 9 Se niega a contestar [Pase a la siguiente sección]

**7.2** ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta? (89)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 8: Conocimiento de su colesterol

---

**8.1** El colesterol en la sangre es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre.  
¿ALGUNA VEZ le han analizado el colesterol en la sangre? (90)

- |   |                        |                               |
|---|------------------------|-------------------------------|
| 1 | Sí                     |                               |
| 2 | No                     | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a la siguiente sección] |

**8.2** ¿Cuánto hace aproximadamente que le analizaron el colesterol en la sangre? (91)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

**8.3** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es elevado? (92)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## Sección 9: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares

---

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

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

**9.1** (¿Alguna vez le dijeron) que tuvo un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (93)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**9.2** (¿Alguna vez le dijeron) que tuvo angina de pecho o enfermedad de las arterias coronarias? (94)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**9.3** ¿(Alguna vez le dijeron) que tuvo un derrame cerebrovascular? (95)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 10: Asma

---

- 10.1**            ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía asma? (96)
- |   |                        |                                      |
|---|------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí                     |                                      |
| 2 | No                     | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

- 10.2**            ¿Usted sigue teniendo asma? (97)
- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 1 | Sí                     |  |
| 2 | No                     |  |
| 7 | No sabe/No está seguro |  |
| 9 | Se niega a contestar   |  |

## Sección 11: Consumo de tabaco

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

(98)

**NOTA:** 5 cajetillas = 100 cigarrillos

- |   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí                     |                |
| 2 | No                     | [Pase a P11.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P11.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P11.5] |

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

(99)

- |   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Todos los días         |                |
| 2 | Algunos días           |                |
| 3 | Nunca                  | [Pase a P11.4] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P11.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P11.5] |

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

(100)

- |   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí                     | [Pase a P11.5] |
| 2 | No                     | [Pase a P11.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P11.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P11.5] |

**Nota de CATI:** si P11.2 = 3 (Nunca), continúe. De no ser así, pase a P11.5.

11.4 ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos de manera habitual?

(101-102)

- |     |   |
|-----|---|
| 0 1 | En el último mes (hace menos de 1 mes)                |
| 0 2 | En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3)   |
| 0 3 | En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6) |
| 0 4 | En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año)   |
| 0 5 | En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5)    |
| 0 6 | En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) |
| 0 7 | Hace 10 años o más                                    |
| 0 8 | Nunca fumó de manera habitual                         |
| 7 7 | No sabe/No está seguro                                |
| 9 9 | Se niega a contestar                                  |



11.5 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca? (103)

**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 colocan debajo del labio haciendo presión contra la encía.

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 12: Información demográfica

**12.1** ¿Qué edad tiene? (104-105)

- 0 7 Codifique la edad en años
- 0 7 No sabe/No está seguro
- 0 9 Se niega a contestar

**12.2** ¿Es usted hispano o latino? (106)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**12.3** ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas o grupos étnicos diría usted que pertenece? (107-112)

**(Marque todas las opciones que correspondan)**

**Por favor léale:**

- 1 Blanca
- 2 Negra o afroamericana
- 3 Asiática
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otra [especifique] \_\_\_\_\_

**No le lea:**

- 8 No indica otras opciones
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si hay más de una respuesta a P12.3, continúe. De no ser así, pase a P12.5.**

**12.4** ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (113)

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## MODULE 1:TRIBAL AFFILIATION

**SAM 1.1** ¿Cuál es su tribu principal?

**Guidance:** ¿Con que tribu esta afiliado o inscrito?

1. Apache (Jicarilla/Mescalero)
2. Navajo/ Dine
3. Pueblo (Any of the 19 NM Pueblos)
4. Otro, especifique \_\_\_\_\_
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## STATE ADDED MODULE 2: HEALTH CARE COVERAGE

**SAM2.1** ¿Tiene usted acceso a cobertura de salud por el servicio de Salud Indígena (IHS)?

**12.5** ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar? El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero Sí incluye las actividades de movilización, como por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

(114)

- 1 Sí, actualmente en servicio activo
- 2 Sí, estuve en servicio activo los últimos 12 meses, pero actualmente no
- 3 Sí, estuve en servicio activo los últimos 12 meses, pero actualmente no
- 4 No, solo realicé entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional
- 5 No, nunca he prestado servicio militar
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## STATE ADDED MODULE 2: HEALTH CARE COVERAGE continued

**SAM 2.2** ¿Tiene usted acceso a cobertura de salud por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o por la Administración de Veteranos (VA)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

- 12.6** Es usted... (115)
- Por favor léale:**
- 1 Casado
  - 2 Divorciado
  - 3 Viudo
  - 4 Separado
  - 5 Nunca se ha casado
  - 6 Vive en pareja pero sin estar casado
- No le lea:**
- 9 Se niega a contestar
- 12.7** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (116-117)
- $\bar{8}$   $\bar{8}$  Cantidad de niños
  - $\bar{8}$   $\bar{8}$  Ninguno
  - 9 9 Se niega a contestar
- 12.8** ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado? (118)
- Léale solo si es necesario:**
- 1 Nunca fue a la escuela o solo recibió educación preescolar.
  - 2 De 1.º a 8.º grado (educación primaria)
  - 3 De 9.º a 11.º grado (educación secundaria incompleta)
  - 4 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado de la escuela secundaria)
  - 5 De 1 a 3 años de universidad (algunos años de educación universitaria o escuela técnica)
  - 6 4 o más años de universidad (universitario graduado)
- No le lea:**
- 9 Se niega a contestar
- 12.9** Es usted actualmente... (119)
- Por favor léale:**
- 1 Empleado asalariado
  - 2 Trabajador independiente
  - 3 Desempleado desde hace más de 1 año
  - 4 Desempleado desde hace menos de 1 año
  - 5 Encargado de las tareas del hogar
  - 6 Estudiante
  - 7 Jubilado
  - 8 Está incapacitado para trabajar
- No le lea:**
- 9 Se niega a contestar

12.10

Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son:

(120-121)

**Si la persona encuestada se niega a dar una respuesta a los DIFERENTES niveles de ingresos, indique código "99" (Se niega a contestar)**

**Léale solo si es necesario:**

0 4	Menos de \$25,000 (entre \$20,000 y menos de \$25,000)	Si la respuesta es "No", pregunte 05; si la respuesta es "Si", pregunte 03
0 3	Menos de \$20,000 (entre \$15,000 y menos de \$20,000)	Si la respuesta es "No", pregunte 04; si la respuesta es "Si", pregunte 02
0 2	Menos de \$15,000 (entre \$10,000 y menos de \$15,000)	Si la respuesta es "No", pregunte 03; si la respuesta es "Si", pregunte 01
0 1	Menos de \$10,000	Si la respuesta es "No", codifique 02
0 5	Menos de \$35,000 (entre \$25,000 y menos de \$35,000)	Si la respuesta es "No", pregunte 06
0 6	Menos de \$50,000 (entre \$35,000 y menos de \$50,000)	Si la respuesta es "No", pregunte 07
0 7	Menos de \$75,000 (entre \$50,000 y menos de \$75,000)	Si la respuesta es "No", codifique 08
0 8	\$75,000 o más	

**No le lea:**

- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

12.11

Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?

(122-125)

**Nota: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, escriba "9" en la columna 122.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

— — — —	Peso
(libras/kilogramos)	
7 7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9 9	Se niega a contestar

**Nota de CATI: si P12.11 = 7777 (No sabe / No está seguro) o 9999 (Se niega a contestar), sátese P12.13 y P12.14).**

**12.12** Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?

(126-129)

**Nota:** si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 126.

**Redondee los decimales hacia abajo**

__ / __	Peso
(pies / pulgadas/metros/centímetros)	
7 7 / 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 / 9 9	Se niega a contestar

**12.13** ¿Cuánto pesaba hace un año? [Si hace un año estaba embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?]

**CATI:** Si la persona encuestada es una mujer que tiene < 46 años de edad.

(130-133)

**Nota:** si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 130.

**Redondee los decimales hacia arriba**

__ __	Peso	
(libras/kilogramos)		
7 7 7 7	No sabe/No está seguro	<b>[Pase a P12.15]</b>
9 9 9 9	Se niega a contestar	<b>[Pase a P12.15]</b>

**Nota de CATI:** reste el peso de hace un año del peso actual. Si el peso es el mismo, sáltese a P12.14.

**12.14** ¿Fue intencional el cambio de peso actual con respecto al del año pasado?

(134)

1	Si
2	No
7	No sabe/No está seguro
9	Se niega a contestar

**12.15** ¿En qué condado vive?

(135-137)

__ __	Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9	Se niega a contestar

**12.16** ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive?

(138-142)

		Código postal ( <i>Zip Code</i> )
<u>7</u>	<u>7</u>	No sabe/No está seguro
<u>9</u>	<u>9</u>	Se niega a contestar

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

(143)

1	Sí	
2	No	[Pase a P12.19]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a P12.19]
9	Se niega a contestar	[Pase a P12.19]

**12.18** ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares?

(144)

		Números de teléfono particulares [6 = 6 o más]
<u>7</u>		No sabe/No está seguro
9		Se niega a contestar

**12.19** En los últimos 12 meses, ¿se ha quedado su casa sin servicio telefónico por 1 semana o más? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas a desastres naturales.

(145)

1	Sí
2	No
7	No sabe/No está seguro
9	Se niega a contestar

**12.19a** ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Por favor incluya los teléfonos celulares que usa para trabajar y para fines personales.

(232)

1	Sí	[Pase a P12.19c]
2	No	
7	No sabe/No está seguro	
9	Se niega a contestar	

**12.19b**      ¿Comparte usted su teléfono celular personal (al menos un tercio del tiempo) con otros adultos? (233)

- 1      Sí      [Pase a P12.19d]
- 2      No      [Pase a P12.20]
- 7      No sabe/No está seguro [Pase a P12.20]
- 9      Se niega a contestar      [Pase a P12.20]

**12.19c.**      ¿Por lo general, comparte usted este teléfono celular (al menos por un tercio del tiempo) con otros adultos? (234)

- 1      Sí
- 2      No
- 7      No sabe/No está seguro
- 9      Se niega a contestar

**12.19d.**      Piense en todas las llamadas que recibe tanto a través de teléfono fijo como a través del teléfono celular, ¿qué porcentaje de esas llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular? (235-237)

- Anote el porcentaje (1 a 100)
- 8 8 8      Cero
- 7 7 7      No sabe/No está seguro
- 9 9 9      Se niega a contestar

**12.20**      Indique el sexo de la persona encuestada. Pregúntele solo si es necesario. (146)

- 1      Hombre      [Pase a la siguiente sección]
- 2      Mujer      [Si la encuestada tiene 45 años o más, pase a la siguiente sección]

**12.21**      Que usted sepa, ¿está embarazada? (147)

- 1      Sí
- 2      No
- 7      No sabe/No está seguro
- 9      Se niega a contestar



## Sección 13: Persona que cuida de otra

---

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

**13.1** Durante el último mes, ¿proporcionó usted alguno de estos cuidados o asistencia a un amigo o a un familiar?

(148)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 14: Discapacidad

---

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

**14.1**            ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (149)

- 1        Sí
- 2        No
- 7        No sabe /No está seguro
- 9        Se niega a contestar

**14.2**            ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (150)

**Incluya el uso de equipo en forma esporádica o en ciertas circunstancias.**

- 1        Sí
- 2        No
- 7        No sabe /No está seguro
- 9        Se niega a contestar

## Sección 15: Consumo de alcohol

**15.1** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas alcohólicas a base de malta o licores fuertes? (151)

- |   |                        |                                      |
|---|------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí                     |                                      |
| 2 | No                     | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

**15.2** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (152-154)

- |   |   |   |                                     |                                      |
|---|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | _ | _ | Días por semana                     |                                      |
| 2 | _ | _ | Días en los últimos 30 días         |                                      |
| 8 | 8 | 8 | Ningún trago en los últimos 30 días | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 | 7 | 7 | No sabe/No está seguro              |                                      |
| 9 | 9 | 9 | Se niega a contestar                |                                      |

**15.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. En los últimos 30 días, durante los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (155-156)

**Nota: una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.**

- |   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| _ | _ | Cantidad de tragos     |
| 7 | 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | 9 | Se niega a contestar   |

**15.4** Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión X tragos o más [CATI X = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres]? (157-158)

- |   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| _ | _ | Cantidad de veces      |
| 8 | 8 | Ninguno                |
| 7 | 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | 9 | Se niega a contestar   |

**15.5** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma ocasión? (159-160)

- |   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| _ | _ | Cantidad de tragos     |
| 7 | 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | 9 | Se niega a contestar   |

## Sección 16: Vacunas

**16.1** La vacuna inyectable contra la influenza (gripe o *flu*, en inglés) se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿le han puesto la vacuna inyectable contra la influenza? (161)

- |   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí                     |                |
| 2 | No                     | [Pase a P16.3] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P16.3] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P16.3] |

**16.2** ¿En qué mes y año recibió la más reciente vacuna inyectable contra la influenza? (162-167)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| <u>  </u> / <u>  </u>   | Mes / Año              |
| <u>77</u> / <u>7777</u> | No sabe/No está seguro |
| <u>99</u> / <u>9999</u> | Se niega a contestar   |

**16.3** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguna vacuna contra la influenza que se administre con atomizador nasal? La vacuna contra la influenza que se administra con atomizador nasal se conoce también como FluMist™. (168)

- |   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí                     |                |
| 2 | No                     | [Pase a P16.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P16.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P16.5] |

**16.4** ¿En qué mes y año recibió usted la más reciente vacuna contra la influenza administrada con atomizador nasal? (169-174)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| <u>  </u> / <u>  </u>   | Mes / Año              |
| <u>77</u> / <u>7777</u> | No sabe/No está seguro |
| <u>99</u> / <u>9999</u> | Se niega a contestar   |

**16.5** Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna anti-neumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es diferente a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la neumonía? (175)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## Section 23: Pandemia de Influenza

1. **¿Cuál es la acción más efectiva que usted puede hacer para prevenir enfermarse de Influenza? (751)**

**Por Favor Lea:**

1. Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca durante la Temporada de Influenza.
2. Evitar contacto cercano con otras personas que puedan tener Influenza.
3. Vacunarse contra la Influenza
4. Tomar alguna medicina antiviral, como Tamiflu, en el primer o segundo día de que tiene los síntomas de Influenza.

**No Lea:**

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

2. **¿Cuál cree usted que es la forma mas efectiva de prevenir el contagio de la Influenza a otras personas, cuando usted está enfermo(a)? (752)**

**Por Favor Lea:**

- 1 Lavarse frecuentemente de las manos
- 2 Cubrirse la boca y la nariz cuando tose o estornuda
- 3 Quedarse en el hogar cuando usted está enfermo con Influenza
- 4 Vacunarse contra la Influenza
- 5 Alguna otra forma

**No Lea:**

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

**“Pandemia de Influenza” o “Pan Flu” es un brote globular de un serio tipo de influenza susceptible a todos y se puede extender de persona a persona. Actualmente, no esta ocurriendo un brote de Pandemia de Influenza.**

3. Si hubiese un brote del virus de influenza pandémica y usted **no** se hubiese vacunado, ¿cuál cree usted que es la posibilidad de enfermarse de influenza pandémica? (753)

**Nota al Entrevistador: Por favor lea ambas contestaciones el subjetivo y el rango porcentual.**

- 1 Muy Alta (de 90-100%)
- 2 Alta (de 70-89%)
- 3 Media (de 50-69%)
- 4 Baja (de 20-49%)
- 5 Muy Baja (de 0-19%)

**No Lea:**

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

4. Si hubiese un brote del virus de influenza pandémica, **cuan dispuesto estaría usted a vacunarse contra la influenza pandémica si la vacuna estuviese disponible para usted?** (754)

**Por Favor Lea:**

- 1 Definitivamente se vacunaría
- 2 Probablemente se vacunaría
- 3 Probablemente no se vacunaría
- 4 Definitivamente no se vacunaría contra la influenza pandémica

**No Lea:**

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

5. Si los oficiales de salud pública recomiendan que **todos vayan a un lugar público específico como una escuela, una estación de bomberos, un estadio deportivo para vacunarse para prevenir la transmisión de la influenza pandémica, usted .....** (755)

**Por Favor Lea :**

- 1 Definitivamente iría
- 2 Probablemente iría
- 3 Probablemente no iría
- 4 Definitivamente no iría a vacunarse a un lugar público específico

**No Lea:**

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

- 6** Imagine usted que, el próximo año ocurra un brote de Influenza pandémica en los Estados Unidos. ¿Cuál sería lo más importante que usted le gustaría saber?

(756-757)

**Please read:**

- 0 1 Cómo prevenir enfermarse de Influenza
- 0 2 Cómo prevenir transmitir la Influenza
- 0 3 Síntomas de la Influenza
- 0 4 Cómo tratar la Influenza
- 0 5 Ciudades donde casos de Influenza hallan sido identificados
- 0 6 Información sobre la vacuna contra la Influenza
- 0 7 Alguna otra información

**No Lea:**

- 77 No sabe / No está seguro
- 99 Rehusó contestar

- 7.** Durante un brote de influenza pandémica en los Estados Unidos, ¿Cual sería su fuente preferida de obtener información sobre influenza pandémica? Por favor, me podría decir su fuente de información preferida.

(758-759)

**No Lea:**

- 0 1 Periódicos
- 0 2 Televisión
- 0 3 Radio
- 0 4 Lugares en el Internet
- 0 5 Su medico o doctor
- 0 6 El CDC (Centers for Disease Control and Prevention)
- 0 7 Departamento de Salud Estatal o Local
- 0 8 Otras Agencias del Gobierno
- 0 9 Familiares o amistades
- 1 0 Líderes Religiosos
- 1 1 Otra fuente
- 7 7 No sé / No estoy seguro(a)
- 9 9 Rehusó contestar

8. Excluyendo la vacunación, ¿cuál es una de las cosas más importantes que le gustaría hacer a usted si un brote de influenza pandémica se reportara en su Estado? Por favor, seleccione UNA de la lista siguiente . (760-761)

**Por Favor Lea:**

- 0 1 Consultar una Página en el Internet
- 0 2 Evitar el gentío y eventos públicos
- 0 3 Consultar su médico
- 0 4 Tratar de obtener una receta de una droga antiviral como Tamiflu
- 0 5 Reducir o evitar los viajes
- 0 6 Lavarse las manos frecuentemente
- 0 7 Utilizar una mascara de cara
- 0 8 Mantener los miembros de su familia en el hogar mientras el brote dure.
- 0 9 Tener provisión de medicamentos y comida para ayudar con los síntomas de la Influenza
- 1 0 Alguna otra cosa

DIGA: Le repetiré la pregunta y las alternativas para ayudarle a recordar.

**No Lea:**

- 7 7 No Sabe / No está seguro(a)
- 9 9 Rehusó contestar



9. **Si Oficiales de Salud Pública recomendaran que todos se mantuviera en sus hogares por un mes debido a un brote serio de influenza pandémica, usted:**  
(762)

- 1 seguramente se mantendría en su hogar
- 2 probablemente se mantendría en su hogar
- 3 probablemente no se mantendría en su hogar
- 4 seguramente no se mantendría en su hogar por un mes
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusó contestar

**CATI note: If Q12.9 = 1 (Employed for wages) or 2 (Self-employed) continue, otherwise skip to next section.**

**Nota CATI: Si P12.9 = 1 (Es empleado/a asalariado/a) o 2 (trabajador(a) independiente) continúe, de otra manera pase a la próxima sección.**

10. **Le voy a leer una lista de tipos de trabajos u ocupaciones. Por favor, dígame si usted trabaja actualmente en alguna de esas áreas de trabajo.**  
(763)

- a. Servicios médicos de emergencia, seguridad pública, servicios de incendios, o en la fabricación de vacunas de influenza pandémica o antivirales.
  - b. Salud Pública, Proveedor de Cuidado de salud, salud en el hogar o en un hogar de cuidado.
  - c. Seguridad Nacional o “Homeland Security” como uno que puede ser activado durante una pandemia de influenza.
- 1 Si
  - 2 No
  - 7 No sabe / No está seguro(a)
  - 9 Rehusó contestar

## Sección 17: Carga de la artritis

---

Ahora le preguntaré sobre la artritis.

**17.1** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

(176)

- |   |                        |                               |
|---|------------------------|-------------------------------|
| 1 | Si                     |                               |
| 2 | No                     | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a la siguiente sección] |

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: los diagnósticos de artritis incluyen:**

- reumatismo, polimialgia reumática
- artrosis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanete, codo de tenista (epicondilitis)
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección en las articulaciones, síndrome de Reiter
- espondilitis anquilosante; espondilosis
- síndrome del manguito de los rotadores
- enfermedad del tejido conjuntivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nudosa)

La artritis puede causar síntomas como dolor, molestias o rigidez en una articulación o alrededor de ella.

**17.2** ¿Actualmente tiene limitaciones en alguna de sus actividades cotidianas a causa de los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones?

(177)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Si                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: 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".**

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

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

(178)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**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".**

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

(179)

**Por favor léale [1-3]:**

- 1 Mucho
- 2 Un poco
- 3 De ninguna manera

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: 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".**

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

(180-181)

- $\bar{7} \bar{7}$  Anote el número [00-10]
- $\bar{7} \bar{7}$  No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

## Sección 18: Frutas y verduras

Las preguntas siguientes se refieren a los alimentos que usted come o bebe usualmente. Por favor dígame con qué frecuencia come o bebe cada uno de los siguientes alimentos, por ejemplo, dos veces a la semana, tres veces al mes, etcétera. Recuerde, solo deseo preguntarle sobre los alimentos que **usted** come. Incluya todos los alimentos que *usted* come, tanto en la casa como en otros lugares.

**18.1**            ¿Con qué frecuencia bebe jugos de frutas como naranja, toronja o tomate? (182-184)

- 1 \_\_ \_ Al día
- 2 \_\_ \_ A la semana
- 3 \_\_ \_ Al mes
- 4 \_\_ \_ Al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

**18.2**            Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come frutas? (185-187)

- 1 \_\_ \_ Al día
- 2 \_\_ \_ A la semana
- 3 \_\_ \_ Al mes
- 4 \_\_ \_ Al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

**18.3**            ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (188-190)

- 1 \_\_ \_ Al día
- 2 \_\_ \_ A la semana
- 3 \_\_ \_ Al mes
- 4 \_\_ \_ Al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

**18.4**            ¿Con qué frecuencia come papas, sin contar papas a la francesa, papas fritas o papitas fritas en bolsitas? (191-193)

- 1 \_\_ \_ Al día
- 2 \_\_ \_ A la semana
- 3 \_\_ \_ Al mes
- 4 \_\_ \_ Al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

**18.5**      ¿Con qué frecuencia come zanahorias?

(194-196)

- 1 \_\_  Al día
- 2 \_\_  A la semana
- 3 \_\_  Al mes
- 4 \_\_  Al año
- 5 5 5  Nunca
- 7 7 7  No sabe/No está seguro
- 9 9 9  Se niega a contestar

**18.6**      Sin contar las zanahorias, las papas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras come usualmente? Ejemplo: una porción de verduras en el almuerzo y otra en la cena equivalen a dos porciones.)

(197-199)

- 1 \_\_  Al día
- 2 \_\_  A la semana
- 3 \_\_  Al mes
- 4 \_\_  Al año
- 5 5 5  Nunca
- 7 7 7  No sabe/No está seguro
- 9 9 9  Se niega a contestar

## Sección 19: Actividad física

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador independiente), continúe. De no ser así, pase a P19.2.**

**19.1** Cuando usted está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes actividades corresponde más a lo que usted hace? Diría usted que... (200)

**Si la persona encuestada tiene más de un trabajo, incluya todos sus trabajos.**

**Por favor léale:**

- 1 Está parado o sentado la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- 3 Es un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo físico

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**Por favor léale:**

Nos interesa saber sobre dos tipos de actividad física: vigorosa y moderada. Las actividades vigorosas o enérgicas aumentan en mayor proporción la frecuencia cardíaca o la respiración mientras que las actividades moderadas generan un pequeño aumento.

**19.2** Al pensar ahora en las actividades moderadas que realiza en una semana normal, [indique "cuando no trabaja" si es "empleado" o "trabajador independiente"] ¿realiza actividades moderadas al menos durante 10 minutos seguidos? Esto puede incluir caminar en forma rápida, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar labores de jardinería o cualquier actividad que cause un aumento en la frecuencia cardíaca o la respiración. (201)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P19.5]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P19.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P19.5]

**19.3** ¿Cuántos días a la semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos? (202-203)

- 8 8 Días por semana ¿No realiza ninguna actividad física moderada por al menos 10 minutos seguidos? [Pase a P19.5]
- 7 7 No sabe/No está seguro [Pase a P19.5]
- 9 9 Se niega a contestar [Pase a P19.5]

**19.4** En los días que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo al día utiliza para estas actividades? (204-206)

. . . Horas y minutos al día  
 7 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 9 Se niega a contestar

**19.5** Al pensar ahora en las actividades vigorosas que realiza en una semana normal, [indique "cuando no trabaja" si es "empleado" o "trabajador independiente"] ¿realiza actividades vigorosas al menos durante 10 minutos seguidos? Esto puede incluir correr, ejercicios aeróbicos, labores pesadas de jardinería o cualquier actividad que cause un aumento en la frecuencia cardíaca o la respiración. (207)

1 Sí  
 2 No [Pase a la siguiente sección]  
 7 No sabe/No está seguro [Pase a la siguiente sección]  
 9 Se niega a contestar [Pase a la siguiente sección]

**19.6** ¿Cuántos días a la semana realiza estas actividades vigorosas durante al menos 10 minutos seguidos? (208-209)

. . . Días por semana  
 8 8 No realiza ninguna actividad física vigorosa por al menos 10 minutos seguidos [Pase a la siguiente sección]  
 7 7 No sabe/No está seguro [Pase a la siguiente sección]  
 9 9 Se niega a contestar [Pase a la siguiente sección]

**19.7** En los días que realiza actividades vigorosas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo al día utiliza para estas actividades? (210-212)

. . . Horas y minutos al día  
 7 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 9 Se niega a contestar

## Sección 20: VIH/SIDA

**Nota de CATI:** si la persona encuestada tiene 65 años o más, pase a la siguiente sección.

Las preguntas siguientes se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Aún cuando le hagamos preguntas sobre las pruebas, no le pediremos los resultados de las pruebas que usted se haya hecho.

**20.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (213)

- |   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí                     |                |
| 2 | No                     | [Pase a P20.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P20.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P20.5] |

**20.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (214-219)

**NOTA:** si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".

**INSTRUCCIONES DE CATI:** si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, marque los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.

- |                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| $\frac{77}{99}$ | Codifique mes y año     |
| $\frac{77}{99}$ | No sabe/ No está seguro |
| $\frac{77}{99}$ | Se niega a contestar    |

**20.3** ¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH? Por favor lea: (220-221)

- |     |  |
|-----|--|
| 0 1 | Consultorio de un médico particular o de una HMO   |
| 0 2 | Centro de consejería y pruebas                     |
| 0 3 | Hospital   |
| 0 4 | Centro de atención médica                          |
| 0 5 | Cárcel o prisión (u otra institución correccional) |
| 0 6 | Institución de tratamiento contra la drogadicción  |
| 0 7 | En la casa   |
| 0 8 | En cualquier otro sitio                            |
| 7 7 | No sabe/No está seguro                             |
| 9 9 | Se niega a contestar                               |

**Nota de CATI:** pregunte P20.4 si P20.2 = En los últimos 12 meses. De no ser así, pase a P20.5.



**20.4** ¿Fue una prueba rápida que le permitió conocer los resultados en un par de horas? (222)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

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

- En el último año ha consumido drogas intravenosas.
- En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.
- En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.
- En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted? (223)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 21: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

---

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

**21.1**                    ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo emocional y social que necesita?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si le hacen preguntas, diga: "por favor, incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente."**

(224)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

- 7       No sabe/No está seguro
- 9       Se niega a contestar

**21.2** En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con su vida?

(225)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

- 7       No sabe/No está seguro
- 9       Se niega a contestar

## Sección 22: Sobrevivientes de cáncer

Ahora voy a hacerle preguntas sobre el cáncer.

**22.1** ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía cáncer? (226)

**Léale solo si es necesario:** Por "otro profesional de la salud" nos referimos a una enfermera especializada, un auxiliar médico, una trabajadora social o algún otro profesional de la salud con licencia para ejercer.

1	Si	
2	No	[Pase a párrafo de cierre de sección básica]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a párrafo de cierre de sección básica]
9	Se niega a contestar	[Pase a párrafo de cierre de sección básica]

**22.2** ¿Cuántos tipos de cáncer ha tenido? (227)

1	Solo uno	
2	Dos	
3	Tres o más	
7	No sabe/No está seguro	[Pase a párrafo de cierre de sección básica]
9	Se niega a contestar	[Pase a párrafo de cierre de sección básica]

**22.3** ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía cáncer? (228-229)

	Codifique la edad en años {97 = 97 y más}
9 8	No sabe/No está seguro
9 9	Se niega a contestar

**Nota de CATI:** si P22.2 = 2 (Dos) o 3 (Tres o más), pregunte: "¿qué edad tenía cuando se le diagnosticó cáncer por primera vez?"

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** esta pregunta se refiere a la primera vez que le dijeron a la persona encuestada que tenía un cáncer.

## 22.4 ¿Qué tipo de cáncer era?

Si P22.2 = 2 (Dos) o 3 (Tres o más), pregunte: ¿"qué tipo de cáncer le diagnosticaron más recientemente?"

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: por favor léale la lista solo si la persona encuestada necesita que le ayuden a identificar el tipo de cáncer (es decir, el nombre del cáncer) [1-28]:**

**Mama**

0 1 Cáncer de mama

**Aparato reproductor femenino (cáncer ginecológico)**

0 2 Cáncer de cuello uterino (cáncer cervicouterino)

0 3 Cáncer endometrial (cáncer del útero)

0 4 Cáncer ovárico (cáncer de ovario)

**Cabeza/Cuello**

0 5 Cáncer de cabeza y cuello

0 6 Cáncer bucal

0 7 Cáncer faríngeo (garganta)

0 8 Cáncer de la tiroides

**Gastrointestinal**

0 9 Cáncer de colon (intestino)

1 0 Cáncer esofágico (esófago)

1 1 Cáncer hepático (hígado)

1 2 Cáncer pancreático (páncreas)

1 3 Cáncer rectal (recto)

1 4 Cáncer de estómago

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

1 5 Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)

1 6 Leucemia (cáncer de la sangre)

1 7 Linfoma no Hodgkin

**Aparato reproductor masculino**

1 8 Cáncer de próstata

1 9 Cáncer testicular

**Piel**

2 0 Melanoma

2 1 Otro tipo de cáncer de piel

**Tórax**

2 2 Cáncer de corazón

2 3 Cáncer de pulmón

**Cáncer de las vías urinarias:**

2 4 Cáncer de la vejiga

2 5 Cáncer renal (riñón)

**Otros**

2 6 Cáncer de huesos

2 7 Cáncer de cerebro

2 8 Neuroblastoma

2 9 Otro

**No le lea:**

7 7 No sabe/No está seguro

9 9 Se niega a contestar

Ahora, tengo unas cuantas preguntas sobre otros temas de salud.

## Módulos opcionales

### Módulo 14: Control de la artritis

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P17.1 = 1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

1. Anteriormente usted indicó que tiene síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes situaciones lo describe mejor actualmente? (362)

**Por favor léale:**

- 1 Puedo hacer todo lo que me gustaría
- 2 Puedo hacer casi todo lo que me gustaría
- 3 Puedo hacer algunas cosas que me gustaría
- 4 Apenas puedo hacer algunas cosas de las que me gustaría hacer

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le recomendó que perder peso puede ser bueno para aliviar la artritis o los síntomas de las articulaciones? (363)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le recomendó Hacer actividad física o ejercicio para aliviar los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones? (364)

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

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿ALGUNA VEZ ha tomado una clase o un curso para aprender cómo controlar los problemas derivados de la artritis o los síntomas de las articulaciones? (365)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 23: Contexto social

---

Hay muchos factores que pueden afectar la salud de una persona. Le voy a preguntar sobre varios factores que pueden afectar la salud de una persona.

1. ¿Su casa es propia o rentada?

(429)

**Por favor léale:**

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda [Pase a P3]

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P3]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P3]

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “otra situación” puede incluir habitar una casa en forma grupal o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.**

2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado sobre si tendría suficiente dinero para pagar la renta o la hipoteca? Diría que estuvo preocupado o estresado:

(430)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

- 8 No se aplica
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado sobre si tendría suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos? Diría que estuvo preocupado o estresado:

(431)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

- 8 No se aplica
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador independiente), vaya a P4 y P5.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 3 (Desempleado desde hace más de 1 año), 4 (Desempleado desde hace menos de 1 año) o 7 (Jubilado), vaya a P6 y P7.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 5 (Encargado de las tareas del hogar), 6 (Estudiante) u 8 (Incapacitado para trabajar), vaya a P7.**

4. En su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagan por su trabajo?

(432)

- 1 Con un salario
- 2 Por hora
- 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
- 4 De otra manera
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si le pagan de varias maneras por su empleo principal, seleccione la opción 4 (De otra manera).**

5. ¿Aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana contando todos sus empleos o negocios?

(433-434)

- |     |                        |                    |
|-----|------------------------|--------------------|
| —   | Horas (01-96 o más)    | <b>[Pase a P8]</b> |
| 9 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P8]</b> |
| 9 8 | No trabaja             | <b>[Pase a P8]</b> |
| 9 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P8]</b> |

6. Recuerde la última vez que trabajó en su empleo o negocio principal, ¿cómo le remuneraron su trabajo? (435)
- 1 Con un salario
  - 2 Por hora
  - 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
  - 4 De otra manera
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
7. Recuerde la última vez que trabajó, ¿aproximadamente cuántas horas trabajó por semana en todos sus trabajos o negocios juntos? (436-437)
- 9 7 Horas (01-96 o más)
  - 9 7 No sabe/No está seguro
  - 9 8 No trabaja
  - 9 9 Se niega a contestar
8. ¿Votó en las pasadas elecciones presidenciales? En las elecciones de noviembre del 2008 los candidatos fueron Barack Obama y John McCain. (438)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 8 No se aplica (no me inscribí, no soy ciudadano estadounidense o no cumplo con los requisitos para votar)
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar



## Módulo 24: Experiencias adversas en la niñez

Quisiera preguntarle sobre algunos episodios que sucedieron en su niñez. Esta información nos permitirá comprender mejor los problemas que pueden ocurrir en etapas tempranas de la vida y en el futuro poder ayudar a otras personas. Es un tema delicado y algunas personas se sienten incómodas con estas preguntas. Al finalizar esta sección le daré el número telefónico de una organización que le puede dar información o remitirlo a otros recursos relacionados con estos temas. Por favor, recuerde que me puede pedir que salte las preguntas que no desee responder.

Todas las preguntas se refieren a antes de que usted cumpliera 18 años de edad. Ahora, recuerde la época anterior a que cumpliera los 18 años:

1. ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas? (439)  
1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
  
2. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con la bebida o que era alcohólico? (440)  
1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
  
3. ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas adquiridas en la calle o que abusaba medicamentos recetados? (441)  
1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
  
4. ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a cárcel, a prisión o a algún otro centro correccional? (442)  
1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

5. ¿Sus padres estaban separados o divorciados? (443)

- 1 Sí
- 2 No
- 8 Los padres no estaban casados
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Con qué frecuencia sus padres u otros adultos en la casa SE DIERON bofetadas, patadas, puñetazos o golpes? (444)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. Antes de que usted cumpliera 18 años, ¿con qué frecuencia un adulto en su hogar le pegó, golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna otra forma? No incluya las nalgadas. Diría usted que... (445)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8. ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto le dijo groserías, le insultó o le humilló? (446)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

9. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto le tocó sexualmente? (447)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

10. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto intentó que usted le tocara sexualmente? (448)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

11. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto le forzó a tener relaciones sexuales? (449)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Como le mencioné cuando comenzamos esta sección, le daré el número telefónico de una organización que le puede dar información o remitirlo a otros recursos con relación a estos temas. ¿Desea que le dé ese número?

El numero es (1-800-422-4453)} (National Hotline for child abuse).

## Módulo 25: Selección aleatoria de niños

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar) pase al siguiente módulo.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 1, Encuestador, por favor léale: "Anteriormente usted mencionó que en su casa había un niño/una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el niño". [Pase a P1]**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.7 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P12.7 no es 88 ni 99, por favor léale: "Anteriormente usted mencionó que en su casa había [cantidad] de niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño mayor es el primero y el menor el último". Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como gemelos, de acuerdo al orden de nacimiento.**

**INSTRUCCIONES DE CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. Este es el niño número "X". En todas las preguntas que figuran a continuación, sustituya la "X" por el número correspondiente al niño elegido.**

### ENCUESTADOR, POR FAVOR LÉALE:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que nos referimos será el "X" [CATI: por favor indique el número correcto] niño en su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al niño "X"[CATI: por favor complete el número correspondiente].

1. ¿En qué mes y año nació el niño X? (465-470)
- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| /             | Codifique mes y año    |
| 7 7 / 7 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 / 9 9 9 9 | Se niega a contestar   |

**INSTRUCCIONES DE CATI: calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también en años (EDADNIÑO2=0 a 17) con base en la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el día del nacimiento. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene ≥ 12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y anote EDADNIÑO2=Trunco (EDADNIÑO1/12).**

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (471)
- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1 | Niño                 |
| 2 | Niña                 |
| 9 | Se niega a contestar |
3. ¿El niño es hispano o latino? (472)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza o grupo étnico del niño? (473-478)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Por favor léale:

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otra [especifique] \_\_\_\_\_

No le lea:

- 9 No indica otras opciones
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Nota de CATI: si hay más de una respuesta a P4, continúe. De no ser así, pase a P6.

5. ¿Cuál grupo diría usted que es el más representativo de la raza o grupo étnico del niño? (479)

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otro
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuál es su parentesco o relación con el niño? (480)

Por favor léale:

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológicos, padrastro o madrastra o padre o madre adoptivos)
- 2 Abuelo
- 3 Tutor legal o padre sustituto (*foster parent*)
- 4 Hermano o hermana (incluya hermano o hermana biológico, hermanastro o hermanastra o hermano o hermana adoptivo)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 26: Prevalencia de asma infantil

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 88 (Ninguno) o 99 (Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.**

Ahora quisiera preguntarle sobre el niño "X" [CATI: por favor indique el número correspondiente].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño tiene asma? (481)

- |   |                        |                            |
|---|------------------------|----------------------------|
| 1 | Sí                     |                            |
| 2 | No                     | [Pase al siguiente módulo] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase al siguiente módulo] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase al siguiente módulo] |

2. ¿El niño aún tiene asma? (482)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## STATE ADDED MODULE 4: ASTHMA CALL BACK SCRIPT

If 9.1=1 and 12.7 =88 or 99 go to SAM3.1 (ADULT ONLY)  
If 9.1=1 and 12.7 <12, and M2.1> 1 go to SAM3.1 (ADULT ONLY)  
If 9.1=1 and 12.7 <12, and M2.1=1 go SAM3.1 (RANDOM SELECTION)  
If 9.1>1 and 12.7<12 and M2.1=1 go to SAM3.1 (CHILD ONLY)  
If 9.1>1 and 12.7<12 and M2.1> 1 go to closing statement. (NO ONE WITH ASTHMA)

**CATI: DO RANDOM SELECTION RIGHT HERE RIGHT NOW.**

**CATI: ENTER # ADULT, ENTER # CHILD WITH ASTHMA. (TITO DO YOU WANT THIS TO BE QUESTION #'S? THIS COULD BE EXPORTED TO THE ASTHMA CALLBACK QUESTIONNAIRE WITH THE IDENTIFIERS.)**

**SAM4.1** Quisiéramos volver a llamar, dentro de dos semanas para hablar con más detalle sobre sus experiencias con el asma. (CATI IF 2 PEOPLE INCLUDE NEXT SENTENCE) [Viendo que hay dos personas identificadas en su hogar con asma, la computadora selecciona al azar a una persona para continuar con las preguntas.] **You/your blank year old child CATI: from random selection** ha sido seleccionado. La información que usted me de será usada para desarrollar y mejorar programas de asma en Nuevo Mexico. La información que usted me dio hoy y cualquiera que nos de en el futuro será confidencial.

Si usted esta de acuerdo, guardaremos su primer nombre y numero de teléfono separado de las respuestas que nos dio hoy. Recuerde que puede rehusar a participar en el futuro.

Estaría de acuerdo que le volviéramos a llamar para preguntarle preguntas adicionales sobre el asma?

- 1 Yes
- 2 No go to closing statement

**SAM4.2** ¿ Cual es su primer nombre? para saber por quien preguntar en el futuro.

\_\_\_\_\_ Enter first name of adult

**SAM4.3** ¿Cual es el primer nombre, inicial, o apodo del niño/a (RANDOMLY SELECTED CHILD FROM M1)?

\_\_\_\_\_ Enter first name of child

**SAM 4.4 MostKnow [Ask question if Child is selected.]**

¿En su casa, es usted el/la padre/madre o guardián que sabe más acerca del asma del niño/a?

- |   |                            |                 |
|---|----------------------------|-----------------|
| 1 | Si                         | skip to CBTime  |
| 2 | No                         | skip to OthName |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | skip to CBTime  |

**SAM 4.5 OthName [Ask question if Child is selected]**

Usted dijo que alguien más tiene más conocimiento acerca del asma del niño/a. ¿Cual es el primer nombre, inicial, o apodo de ese adulto para saber por quien preguntar cuando volveremos llamar acerca del asma del niño/a?

\_\_\_\_\_Enter first name, initials, or nickname

- D = No sabe / No está seguro/a  
R = Se niega a contestar

**SAM 4.6 CBTime**

¿Cuándo es el mejor tiempo para llamar? Por ejemplo días, noches o fin de semanas?

Instructions: If another parent or guardian is selected in MostKnow then display "  
What is a good time to call back and speak with [OthName]?"

\_\_\_\_\_



## Módulo 27: Vacunas en la niñez

---

**Nota de CATI:** si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar) pase al siguiente módulo.

**Nota de CATI:** si el niño seleccionado es  $\geq 6$  meses, continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

1. En los últimos 12 meses [indique: el niño/la niña] ¿ha sido vacunado contra la influenza? Hay dos tipos de vacuna contra la influenza. Una es la inyección y la otra es un atomizador nasal. (483)

1	Sí	
2	No	[Pase al siguiente módulo]
7	No sabe/No está seguro	[Pase al siguiente módulo]
9	Se niega a contestar	[Pase al siguiente módulo]

2. ¿En qué mes y año le pusieron al [indique: niño/la niña] la más reciente vacuna contra la influenza? La vacuna contra la influenza puede haber sido en inyección o en atomizador nasal. El atomizador nasal es la vacuna contra la influenza que se rocía en la nariz. (484-489)

/	Mes/Año
77/7777	No sabe/No está seguro
99/9999	Se niega a contestar

## MODULE 5: SEXUAL ORIENTATION

5.1 Se considera usted uno o más de los siguientes:

1. A. Heterosexual
2. B. Homosexual o lesbiana
3. C. Bisexual
4. D. Transgénero

**IF pause or refusal/none of above, also say:**

**Puedes nombrar otra categoría si te describe mejor:**

- 8 E. \_\_\_\_\_
7. Don't Know/Not Sure
9. Refused

**Notes for surveyors:**

If respondents need clarification on the lettered choices above, use the following definitions:

- A. Heterosexual:** tiene sexo con o es atraído(a) a personas del sexo opuesto  
**B. Homosexual o lesbiana:** tiene sexo con o es atraído(a) a personas del mismo sexo  
**C. Bisexual:** tiene sexo con o es atraído(a) a personas de los dos sexos  
**D. Transgénero:** es una persona que posee los sentimientos genéricos, las sensaciones corporales y la identidad genérica que es el opuesto de la cual han nacido. Por ejemplo, una persona que nació hombre y se cambió el órgano sexual a mujer con una cirugía

## Sección 7: Caídas

Si la persona encuestada tiene 45 años o más, continúe; de no ser así, pase a la siguiente sección.

La pregunta siguiente se refiere a cualquier caída que haya tenido recientemente. Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

**SAM 7.1** En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (170–171)

—	—	Cantidad de veces	[76 = 76 o más]
8	8	Ninguna	
7	7	No sabe / No está seguro/a	
9	9	Se niega a contestar	

**SAM 7.2** [Pregunte además “¿Esta caída (relacionada con la pregunta P15.1) le causó alguna lesión?”]. Si en P15.1 se indica solo una caída y la respuesta es “Sí” (causó una lesión), codifique 01. Si la respuesta es “No”, codifique 88.

¿Cuántas de estas caídas le causaron alguna lesión? Por lesión, nos referimos a una caída que le haya limitado sus actividades normales al menos por un día o que le haya obligado a ver a un médico.

(172–173)

—	—	Cantidad de caídas	[76 = 76 o más]
8	8	Ninguna	[Pase a la siguiente sección]
7	7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la siguiente sección]
9	9	Se niega a contestar	[Pase a la siguiente sección]

**SAM 7.3** ¿Le pregunto su doctor u otro Professional de salud si se ha caído? (SAM 550)

1. Sí
2. No
7. No sabe/No está cierto(a)
8. No quiso contestar

**SAM 7.4** Su doctor u otro Professional de salud le hablo o le dio información acerca de come prevenir caídas?

1. Sí
2. No
7. No sabe/No esta cierto(a)
8. No quiso contestar

**STATE ADDED MODULE 6: Incendios residenciales**

From BRFSS 2003

**SMOKE DETECTORS/CARBON MONOXIDE DETECTORS**

SAM8.1 ¿Cuándo fue la última vez en que usted o alguien más reviso todos los detectores de fuego de su casa?

**Si dice 'nunca, pregunte: "¿Tiene alarmas de humo en su casa?"**

()

**Lea 1-5 si es necesario:**

- 1 Durante el mes pasado (hace menos de 1 mes)
- 2 Durante los últimos 6 meses (por lo menos hace 1 mes, pero no más de 6 meses)
- 3 Durante el año pasado (por lo menos hace 6 meses, pero no más de 12 meses)
- 4 Hace un año o más
- 5 Nunca
- 6 No tengo alarmas de humo en la casa

**No lea:**

- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehúsa

SAM 6.2 ¿Cuándo fue la última vez en que usted o alguien más reviso todos los detectores de monóxido de carbón de su casa?

**Si dice 'nunca, pregunte: "¿Tiene detectores de monóxido de carbón en la casa?"**

**Lea 1-5 si es necesario:**

- 1 Durante el mes pasado (hace menos de 1 mes)
- 2 Durante los últimos 6 meses (por lo menos hace 1 mes, pero no más de 6 meses)
- 3 Durante el año pasado (por lo menos hace 6 meses, pero no más de 12 meses)
- 4 Hace un año o más
- 5 Nunca
- 6 No tengo detectores de monóxido de carbón en la casa

**No lea:**

- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehúsa

## **Párrafo de cierre**

**Por favor lea:**

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán para darnos información sobre las prácticas de salud de la gente de Nuevo Mexico. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

## STATE ADDED MODULE 9: TOBACCO

9.1 . En promedio, ¿más o menos cuántos cigarrillos fuma al día ahora?  
**1 paquete/cejatilla=20 cigarrillos. Verifique 61 or más cigarrillos.)**

\_\_\_ 1-180 Número de cigarrillos

- 666. Less than one cigarette per day
- 777. No sabe/No está cierto(a)
- 999. No quiso contestar

9.2. **[EX-FUMADORES:]** Cuando dejó usted de fumar por completo...  
**[FUMADORES ACTUALES:]** La última vez que usted trató de dejar de fumar,

¿Usó usted...

**9.2a. LEA:**

El parche de nicotina, el chicle de nicotina, o cualquier otro medicamento que le ayudo dejar de fumar?

- 1. Sí > **continue**
- 3. No > **Skip to SAM 9.16**
  
- 7. No sabe/No está cierto(a) **Skip to SAM 9.16**
- 9. No quiso contestar

**9.2b** Buproprian, Wellbutrin, o Zyban

- 1. Sí
- 4. No
  
- 7. No sabe/No está cierto(a)
- 9. No quiso contestar

**9.2c** Algun otro medicamento no recetado?

- 1. Sí
- 5. No
  
- 7. No sabe/No está cierto(a)
- 9. No quiso contestar

**9.3 [EX-FUMADORES:]** Cuando usted dejó de fumar por completo...  
**[FUMADORES ACTUALES:]** La última vez que usted trató de dejar de fumar...

¿Usó usted...

**9.3a. LEA:**

Una clínica o clase para dejar de fumar?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**9.3b. LEA:**

Una línea de ayuda telefónica para dejar de fumar?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**9.3c. LEA:**

Consulta uno-a-uno con un proveedor de cuidado médico como un doctor, enfermero, dentista o farmacéutico?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**9.3d. LEA:**

Material de autoayuda, libros, o videos?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**9.3e. LEA:**

¿De golpe?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**9.3f. LEA:**

¿Usó cualquier otra ayuda para dejar de fumar?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.4.** ¿Está considerando seriamente dejar de fumar durante los próximos seis meses?

1. Sí
2. No → **Skip to SAM 9.6**
7. No sabe/No está seguro(a) → **Skip to SAM 9.6**
9. No quiso contestar → **Skip to SAM 9.6**

**SAM 9.5.** ¿Está planeando dejar de fumar durante los próximos 30 días?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está seguro(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.6.** Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado usted a un doctor, enfermera, asistente de doctor, o practicante médico para obtener servicios médicos para usted?

1. Sí
2. No → **Skip to SAM 9.9**
  
7. No sabe/No está cierto(a) → **Skip to SAM 9.9**
9. No quiso contestar → **Skip to SAM 9.9**



**SAM 9.7.** Durante los últimos 12 meses, ¿le aconsejó algún doctor, enfermera, asistente de doctor, o practicante médico que no fumara?

1. Sí → **Skip to SAM 9.9**
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a) → **Skip to SAM 9.9**
9. No quiso contestar → **Skip to SAM 9.9**

**SAM 9.8.** Durante los últimos 12 meses cuando un doctor, enfermera, asistente de doctor, o practicante médico le recomendó no fumar, ¿esta persona también le recomendó hacer alguna de las siguientes cosas?

**SAM 9.8a. LEA:**

Le recetó o recomendó un parche de nicotina, chicle de nicotina, aerosol nasal, inhalador, o pastillas, como Zyban?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.8b. LEA:**

Le sugirió que fijara una fecha específica para dejar de fumar?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.8c LEA:**

Le sugirió que tomara una clase o programa de cesación, línea de ayuda o consulta?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.8d LEA:**

Le entregó folletos, videos, u otros materiales para ayudarle a dejar de fumar por si mismo(a)?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.9** Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a un dentista o higienista dental?

1. Sí
2. No → Skip to SAM 9.11
  
7. No sabe/No está cierto(a) → Skip to SAM 9.11
9. No quiso contestar → Skip to SAM 9.11

**SAM 9.10** Durante los últimos 12 meses, ¿le aconsejó un dentista o higienista dental que dejara de fumar tabaco?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

Ahora tengo algunas preguntas acerca de otros tópicos.

**SAM 9.11** Durante los últimos 7 días, o sea desde [LLENAR CON LA FECHA], ¿cuántos días fumó alguien cigarrillos, puros o pipas dentro de su casa?

\_\_\_ 1-7 Número de días

- 88. None
- 77. No sabe/No está cierto(a)
- 99. No quiso contestar

**SAM 9.12** ¿Cuál declaración describe mejor las reglas acerca de fumar dentro de su hogar? No incluya plataformas, los garajes, ni pórtales.

**LEA:**

- 1. El fumar no se permite en ningún lugar en su casa
- 2. El fumar se permite en algunos lugares en su casa o durante algunos tiempos
- 3. El fumar se permite en cualquier lugar dentro de su casa
  
- 7. No sabe/No está cierto(a)
- 9. No quiso contestar

**SAM 9.13** Mientras usted trabaja, ¿está bajo techo la mayoría del tiempo?

- 1. Sí
- 2. No → Skip to SAM 9.16
  
- 7. No sabe/No está cierto(a) → Skip to SAM 9.16
- 9. No quiso contestar → Skip to SAM 9.16

**SAM 9.14** Hasta donde usted sabe, en los últimos siete días, o sea, desde [LLENAR CON LA FECHA], ¿ha fumado alguien, incluyéndose usted, en su área de trabajo?

- 1. Sí
- 2. No
  
- 7. No sabe/No está cierto(a)
- 9. No quiso contestar

**SAM 9.15** Voy a leerle una lista. Por favor dígame cuál describe mejor las reglas de fumar dentro las áreas de su trabajo. Diría Usted:

1. No se permite fumar en ningún lugar
2. Se permite fumar en algunos lugares de trabajo
3. Se permite fumar en todos lugares, o
4. No tiene regla
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.16** Durante los últimos 12 meses, ¿ha ofrecido su empleador cualquier programa u otra asistencia a los empleados para ayudarles a dejar de fumar tabaco?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

*Ask SAM 9.17 of all Respondents*

**SAM 9.17** En las áreas de trabajo bajo techo, ¿cree usted que debería permitirse fumar en todas las áreas, en algunas áreas, o no debería permitirse del todo?

1. Debería permitirse in todas las áreas
2. Debería permitirse in algunas áreas
3. No debería permitirse del todo
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.18** ¿Cual de lo siguiente describe las reglas sobre fumadores dentro del vehiculo que USTED maneja la mayoría del tiempo?

1. Fumar esta prohibido
2. Fumar esta permitido parte del tiempo
3. Fumar esta siempre permitido
4. No hay reglas
5. El entrevistado no maneja
6. El entrevistado no tiene licencia de manejar
  
7. Lo sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.19** En los últimos siete días, o sea desde [LLENAR CON FECHA], ¿ha estado usted en un carro con alguien que estaba fumando?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.20** En el área bajo techo del comedor en los restaurantes, ¿cree usted que debería permitirse fumar en todas las áreas, algunas áreas, o no debería permitirse del todo?

1. Debería permitirse in todas las áreas
2. Debería permitirse in algunas áreas
3. No debería permitirse del todo
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.21** En edificios públicos, ¿cree usted que debería permitirse fumar en todas las áreas, algunas áreas, o no debería permitirse del todo?

1. Debería permitirse in todas las áreas
2. Debería permitirse in algunas áreas
3. No debería permitirse del todo
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.22** En barras y sitios donde se sirve licor, ¿cree usted que debería permitirse fumar en todas las áreas, algunas áreas, o no debería permitirse del todo?

1. Debería permitirse in todas las áreas
2. Debería permitirse in algunas áreas
3. No debería permitirse del todo
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.23** ¿Estaría dispuesto a apoyar un incremento al impuesto de una cajetilla de cigarrillos si parte o todo el dinero acumulado fuese usado para ayudar a patrocinar servicios de salud en Nuevo Mexico?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.24** En una cajetilla de cigarrillos, ¿cuanto mas de impuesto estaria dispuesto a apoyar?

1. Más de dos dólares por cajetilla
2. Dos dolares por cajetilla
3. Un dolar por cajetilla
4. Cincuenta a noventa-y-nueve centavos por cajetilla
5. Menos de cincuenta centavos por cajetilla
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**Ask all respondents**

Ahora le voy a preguntar sobre el humo de cigarrillos de otros fumadores.

**SAM 9.25.** ¿ Si alguien estuviera fumando en el área de no fumar de un restaurante, le diría que pare de fumar?

**LEA:**

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**LEA: Ahora le voy a preguntar sobre el humo de los cigarrillos de otra gente.**

**SAM 9.26.** ¿Cree usted que el humo que respira de cigarrillos de otra gente es:

**LEA:**

1. Muy peligroso a nuestra salud
2. Poco peligroso a nuestra salud
3. No muy peligroso a nuestra salud
4. No es peligroso del todo a nuestra salud
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.27.** ¿Cree usted que respirando el humo de cigarrillos de otra gente puede causar:

**RANDOMIZE ORDER:**

**(CATI Programmer:** The order in which Q63a – Q63e are asked should be randomized for each respondent. The specific order in which these questions are asked to each respondent should be recorded in columns XXX-XXX of the data file, as noted in the accompanying data layout.)

**SAM 9.27a**

El cáncer del pulmón en adultos?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar



**SAM 9.27b.**

Una enfermedad cardiovascular en adultos?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.27c.**

El cáncer del colon en adultos?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.27d.**

Los problemas respiratorios en niños?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.27e.**

Síndrome repentino de muerte de niño?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

**SAM 9.28** ¿Fuma puros todos los días, algunos días o nunca?

1. Todos los días
2. Algunos días
3. Nunca
  
7. No sabe/No está cierto(a)
7. No quiso contestar

**SAM 9.29** ¿Recuerda usted ver un número 1-800 en la televisión o en otra parte que alguien puede llamar a obtener información acerca de dejar de fumar?

1. Sí
2. No
  
7. No sabe/No está cierto(a)
9. No quiso contestar

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todos serán combinadas para darnos mas información sobre las practicas de salud de la gente aquí en Nuevo Mexico. Muchas gracias por su tiempo y su cooperación.