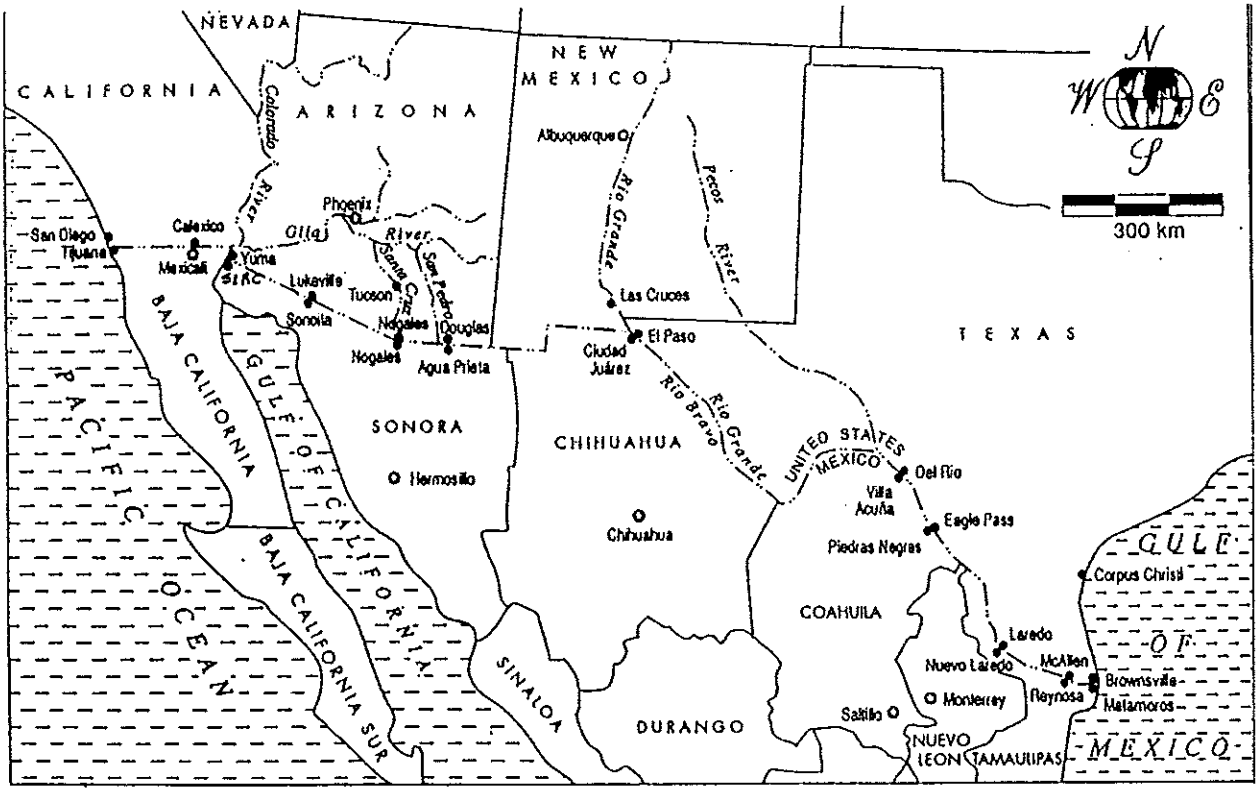
APPENDICES

Appendix 1

Community Health Survey
Douglas, Arizona
1998



APPENDIX 2

Cochise County
Health & Social Services

August 5, 1997

Tim Flood, MD, PI
ADHS
Epidemiology & Disease Control
1400 W. Washington
Phoenix, AZ 85007

Dr. Flood:

I am writing in support of the binational diabetes study that ADHS is undertaking in the Douglas, Arizona area. I have been in communication with Ceclia Rosales, Jill DeZapien and Luis Ortega regarding this effort. I also understand that Carol Huddleston, a Cochise County Board of Health member, is an active local participant in this effort.

Unfortunately, I will be unable to attend the August 13, 1997 meeting in Douglas to discuss the project and have asked Irene Cornejo to attend as a representative of our Department.

We know that diabetes is a serious problem in our county, and a significant disease for Hispanics. While we will be unable to treat participants in the survey who may test high for blood sugar, we can monitor rates in our blood sugar testing clinics which are held the second and third Thursday of each month in Douglas.

I look forward to working with you on this important project.

B. F. King

Betty F. King, MSPH
Director

cc: Board of Supervisors

BETTY F. KING, MSPH
Director

MAIN OFFICE
1415 W. Melody Lane, Bldg A
BISBEE, AZ 85603-3090
(520) 432-9472
FAX (520) 432-9480
TDD (520) 432-9297

500 S. Hwy 80
BENSON, AZ 85602
(520) 586-3686
FAX (520) 586-2051

515 7th Street
DOUGLAS, AZ 85607
(520) 364-7575
FAX (520) 364-7575, Ext. 159

4115 E. Foothills Drive
SIERRA VISTA, AZ 85635
(520) 452-4969
FAX (520) 459-8195

450 S. Haskell
WILLCOX, AZ 85643
(520) 384-4662
FAX (520) 384-0309

Appendix 3

Questionnaires used in Douglas, AZ
English and Spanish versions

DOUGLAS COMMUNITY HEALTH SURVEY

Interviewer _____ Start___:___ ☐AM ☐PM
Date __/__/__
Household Code |___|___| |___|___|___| |___|___|
Interviewer Number — Household Number — Participant Number
Block_____

1. Household census: **Please list all people *aged 20 through 74* who live at this address beginning with yourself:**

Participant ID	First Name	Relation to head of household *(use code)*	Age	Sex	Status 1=Participant 2=Refused 3=Unavailable at this time
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					

Relationship codes:
A. Head of House
B. Spouse/Partner of Head
C. Adult Child of Head or Partner
D. Spouse/Partner of Adult Child
E. Parent of Head or Partner
F. Brother/Sister of Head or Partner
G. Adult grandchild of Head or partner
H. Other adult relative
I. Other adult non-related
J. Don't know
K. Refused to answer

2. How many children under 20 years of age live in this household? ____ *(If zero, go to question 3)*

2a. How many boys? _____
2b. What are their ages? _____ *(for those under 2 yrs, state age in months)*
2c. How many girls? _____
2d. What are their ages? _____ *(for those under 2 yrs, state age in months)*
2e. Of these children, were any born to a mother who had diabetes during pregnancy?
❑Yes ❑No ❑Don't know

3. Now I would like to ask you some questions about your health.

In general, do you consider your health to be:
(Please Read)

❑ Excellent
❑ Very good
❑ Good
❑ Fair
❑ Poor
❑ Don't know
❑ Refused

The next few questions are about diabetes or "high blood sugar".

4. Have you heard the words "diabetes" or "high blood sugar"?
❑ Yes
❑ No
❑ Don't know
❑ Refused

5. Has a physician ever told you that you have diabetes or high blood sugar?
❑ Yes
❑ No *(continue with question 16)*
❑ Don't know *(continue with question 16)*
❑ Refused *(continue with question 16)*

5a. How long ago were you told that you have or had diabetes or high blood sugar?
(Check or fill in most appropriate)
❑ Less than 1 year ago
(or fill in)
____years ago **OR**
At age:____years of age
❑ Don't know
❑ Refused

6. *(Ask female respondents only)* Were you told by a doctor that you had diabetes *only* during a pregnancy and not any other time?
❑Yes ❑No

7. Have you ever had medical treatment for your diabetes or high blood sugar?
❑Yes--I am now being treated
❑Yes--treated at one time, but not at the present time *(skip to question 16)*
❑No--Never *(skip to question 16)*
❑Don't know *(skip to question 16)*
❑Refused *(skip to question 16)*

8. Did a doctor or health care provider instruct you on eating (or avoiding) certain foods to control your diabetes or high blood sugar?

- ❑Yes
- ❑No *(Go to 9)*
- ❑Don't know *(Go to 9)*
- ❑Refused *(Go to 9)*

8a. How often do you follow these instructions or diet?

- ❑Always
- ❑Most of the time
- ❑Sometimes
- ❑Hardly ever
- ❑Never
- ❑Don't know
- ❑Refused

9. Do you use pills to control your diabetes or blood sugar?

- ❑Yes
- ❑No *(Go to 10)*
- ❑Don't know *(Go to 10)*
- ❑Refused *(Go to 10)*

9a. Where do you get your diabetes pills? ***(check all that apply)***

- ❑US Clinic or doctor
- ❑Mexican Clinic or doctor
- ❑US pharmacy
- ❑Mexican pharmacy
- ❑Other (specify:_____)
- ❑Don't know
- ❑Refused

10. Do you use insulin injections?

- ❑Yes
- ❑No *(Go to 11)*
- ❑Don't know *(Go to 11)*
- ❑Refused *(Go to 11)*

10a. How much insulin do you take daily?

_____Units

_____Times per day

10b. Where do you usually get the insulin?

- ❑US Clinic or Doctor
- ❑Mexican Clinic/Doctor
- ❑US Pharmacy
- ❑Mexican Pharmacy
- ❑Don't know
- ❑Refused

11. Do you use test strips to test for sugar in your urine?

- ❑Yes
- ❑No *(Go to 12)*
- ❑Don't know *(Go to 12)*
- ❑Refused *(Go to 12)*

11a. Times checked *in the past week*? ____Times per week

12. Do you test your blood sugar?

❑Yes
❑No *(Go to 13)*
❑Don't know *(Go to 13)*
❑Refused *(Go to 13)*

12a. Times checked blood sugar in *the past week*? ____Times per week

13. Are you currently using any *other* remedy or treatment for your diabetes or high blood sugar?

❑Yes
❑No
❑Don't know
❑Refused

(If "yes" briefly specify)_____

14. When did you last have a health care visit *for care related to your diabetes*?

_____ *month(s) ago*
❑Over 12 months ago
❑Don't know
❑Refused

15. Has a doctor examined your feet or legs in the past 12 months?

❑Yes *(Go to Question 18)*
❑No *(Go to Question 18)*
❑Don't know *(Go to Question 18)*
❑Refused *(Go to Question 18)*

16. Do you think you have diabetes now or do you think you had it in the past? *(Please Read)*

❑ Yes ❑ No *(continue with question 18)*

16a. "Because" (Check all that apply)

❑ My family members have diabetes (sugar)
❑ I have (had) symptoms
❑ I had a positive blood sugar test
In what setting?
❑ Other (specify)_____
❑ Don't know
❑ Refused

17. What are you doing or taking to deal with this condition?

(Briefly specify)_____

❑Nothing
❑Don't know
❑Refused

The next few questions are about general health care (*For all respondents*)

18. Have you had **any** visit to a health care provider in the past 12 months?

❑Yes
❑No *(Go to 20)*
❑Don't know *(Go to 20)*
❑Refused *(Go to 20)*

19. How many health care visits have you made in the past 12 months? ____Visits

20. Is there a particular clinic, health center or doctor *that you usually go to* when you are sick or need routine health care?

❑Yes
❑No *(Go to 21)*
❑Don't Know *(Go to 21)*
❑Refused *(Go to 21)*

20a. Is this place *(Please show list and mark all that apply)*

In the:	US?	Mex?	Both	Don't Know	Refused
❑An Emergency Room?	1	2	3	7	8
❑"Urgent Care"(Walk-In) Clinic?	1	2	3	7	8
❑Private Doctor's Office?	1	2	3	7	8
❑Public Clinic (Health Dept.)	1	2	3	7	8
❑Arizona Family Care Association	1	2	3	7	8
❑Douglas Family Health Clinic	1	2	3	7	8
❑Chiracahua Community Health Center	1	2	3	7	8
❑Military or Veteran's (VA) clinic?	1	2	3	7	8
❑Other (Specify: _____)	1	2	3	7	8

21. Which of these medical coverage plans do you have now?*(Please show list and check any of the following that apply):*

❑Medicaid or (AHCCCS "Access")
❑Medicare (for those over 65)
❑Private (Blue Cross etc.)
❑Group Health Plan (HMO, Cigna,Intergroup, etc.)
❑Military or Veteran's Admin.
❑Mexican Health/Social Security
❑Other_____
❑None
❑Don't know
❑Refused

22. Some people have difficulty getting or using medical care when they need it. Was there a time in the past 12 months that you needed care, but did not get it?

❑Yes
❑No *(Go to 23)*
❑Don't know *(Go to 23)*
❑Refused *(Go to 23)*

22a. Which of the following reasons apply to the most recent time you did not get care or health services that you needed?
(Please show list and check all that apply)

❑My insurance not accepted
❑I did not have insurance
❑I couldn't afford cost
❑Insurance did not cover
❑No MD available
❑The office wait was too long
❑Transportation problems
❑Hard to get appointment
❑Hours not convenient
❑Language a problem
❑Family care hard to arrange
❑Family objected to treatment
❑Other:_____
❑Don't know
❑Refused

23. Have you had any of the following clinical tests in the past 12 MONTHS? (Please read list)

	Yes	No	Don't know	Refused
a. Blood pressure checked?	1	2	7	8
b. Test for blood sugar?	1	2	7	8
c. Urine test?	1	2	7	8
d. Vision test?	1	2	7	8

24. Has a doctor or nurse ever told you that you have high blood pressure Or "hypertension"?

- ❑Yes
- ❑No *(Go to 25)*
- ❑Don't know *(Go to 25)*
- ❑Refused *(Go to 25)*

24a. When were you first told about this?

- ❑In the past year
- ❑In the past 5 years
- ❑More than 5 years ago
- ❑Don't know
- ❑Refused

24b. Are you now being treated for high blood pressure?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑Don't know
- ❑Refused

25. Has a doctor ever told you you have: ***(Read list and circle all that apply)***

	Yes	No	Don't Know	Refused	Comments
A. Lung problems (such as TB, valley fever, asthma, emphysema, chronic bronchitis)?	1	2	7	8	
B. Heart disease, heart attack or heart failure?	1	2	7	8	
C. Liver disease?	1	2	7	8	
D. Kidney disease or renal failure?	1	2	7	8	
E. Problems with circulation in your arms/legs?	1	2	7	8	
F. Eye disease or cataracts?	1	2	7	8	
G. Cancer or leukemia?	1	2	7	8	
H. Stroke?	1	2	7	8	

26. Now I want to ask you other health questions.

	Yes	No	Don't Know	Refused	Comments
A. Have you ever had arthritis or rheumatism for more than 3 months?	1	2	7	8	
B. Do your fingers become pale, numb, or uncomfortable in the cold?	1	2	7	8	
C. Have you had any sores in your mouth for more than two weeks?	1	2	7	8	
D. Have you been told that you have low blood counts (anemia, low white cell count, low platelet count)?	1	2	7	8	
E. Does your skin break out after you have been in the sun (not sunburn)?	1	2	7	8	
F. Have you ever had a prominent rash on your cheeks for more than a month?	1	2	7	8	
G. Has it ever been painful to take a deep breath for more than a few days (pleurisy)?	1	2	7	8	
H. Have you been told that you have protein in your urine?	1	2	7	8	
I. Have you ever had **rapid** loss of lots of hair?	1	2	7	8	
J. Have you ever had a seizure, convulsion, or fit?	1	2	7	8	

27. Has a doctor ever told you that you have Lupus?

❑Yes ❑Don't know
❑No ❑Refused

28. *In the past 6 months*, how many different times have you stayed in the hospital, at least overnight?

_____Time in /past 6 months ❑Don't know
❑Refused

If hospitalized
28a. Was this.. ❑In US **OR** ❑In Mexico ❑Other _____

29. *In the past 6 months*, how many *different* times have you had to use the emergency room or urgent care clinic?

_____Times in past 6 months ❑Don't know
❑Refused

If used
29a. Was this... ❑In US **OR** ❑In Mexico ❑Other _____

(For all questions that ask the respondent to answer with a number, please ask them to choose the one number that they think is best. If they give you a range, ask them to choose the one they think is closest.)

The next set of questions are about physical activities that you have done over the <u>past 30 days</u>.

30. Over the past 30 days, have you walked or bicycled as part of getting to and from work or school, or to do errands? *(Please read first 3 choices.)*

❑Yes ❑Don't know *(Go to 31)*
❑No *(Go to 31)* ❑Refused*(Go to 31)*
❑Unable to do activity *(Go to 31)*

30a. Over the past 30 days, how often did you walk or bicycle as part of getting to and from work or school, or to do errands? How many times per day, per week, or per month did you do these activities?

|___|___|___| ❑Per day ❑ Don't know
Number ❑In a week ❑Refused
❑In a month

30b. On those days when you walked or bicycled, about how long per day did you spend altogether doing this?

|___|___|___| ❑Minutes ❑Don't know
Number ❑Hours ❑Refused

31. Now I want to talk about activities that you have done around your home.

Over the past 30 days, did you do any **strenuous** (*i.e., sweat heavily increase breathing or heart rate*) tasks in or around your home such as shoveling soil in a garden, chopping wood, major carpentry projects, cleaning the garage, scrubbing floors, moving furniture, etc? *(Read first 3 choices)*

- ❑Yes
- ❑No *(Go to 32)*
- ❑Unable to do activity *(Go to 32)*
- ❑Don't know *(Go to 32)*
- ❑Refused *(Go to 32)*

31a. Over the past 30 days, what strenuous activities did you do? ***(Read each of the activities and circle the numbers that apply. Only ask the information in the other columns for those activities the respondent does.)***

	Activity	On average, how often did you do it? (Number of times per Day, Week, Month)	On average, how long did you do it each time? (Minutes, Hours)
1	Heavy gardening tasks or yard work (shoveling soil in garden)	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
2	Chopping wood, bagging or carrying leaves	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
3	Major carpentry or major home repair projects	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
4	Major cleaning tasks (scrubbing floors or cleaning attic, basement, carport)	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
5	Moving furniture	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
6	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
7	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
8	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
77	Refused		
99	Don't Know		

32. **Now I want you to think about your job related activities. A job may include housework if you are a homemaker, going to and attending classes if you are a student, and what you normally do throughout a typical day if you are a retiree or unemployed.**

Please tell me which of these four sentences **best** describes your usual job-related activities? (Circle the best response)

1	You sit during the day and do not walk about very much
2	You stand or walk about quite a lot during the day, but do not have to carry or lift things
3	You lift or carry light loads, or have to climb stairs or hills often
4	You do heavy work or carry heavy loads
7	Refused
9	Don't Know

The next questions are about the physical activities you have done during your leisure time over the past 30 days. These activities include exercise, sports and physically active hobbies. First I will ask about activities that cause you to sweat heavily, increase your breathing or heart rate. Then I will ask you about some lighter activities.

33. Over the past 30 days, did you do any vigorous activities for at least 10 minutes that caused heavy sweating or large increases in breathing or heart rate? Some examples are running or jogging, lap swimming, aerobics classes, fast bicycling, tennis, soccer, basketball, or other vigorous sports. (*Please read the first 3 choices*)

- ❑ Yes
- ❑ No *(Go to 34)*
- ❑ Unable to do activity *(Go to 34)*
- ❑ Don't know *(Go to 34)*
- ❑ Refused *(Go to 34)*

33a. In the past 30 days, what vigorous activities did you do? *(Read each of the activities and circle the numbers that apply. Only ask the information in the other columns for those activities the respondent does.)*

	Activity	On average, how often did you do it? (Number of times per Day, Week, Month)	On average, how long did you do it each time? (Minutes, Hours)
1	Fast **Bicycling**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
2	Aerobic **Dance** or Other fast **dancing**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
3	**Running**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
4	**Stair** Climbing	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
5	Fast or Strenuous **Swimming**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
6	**Tennis** or Other Racket Sports	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
7	**Basketball**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
8	**Volleyball**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
9	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
10	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
11	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
77	Refused		
99	Don't Know		

34. Over the past 30 days, did you do any moderate activities for at least 10 minutes that caused only light sweating or a slight to moderate increase in breathing or heart rate? Some examples are brisk walking, cycling for pleasure, golf (without cart), walking, and dancing. ***(Please read the first 3 choices)***

- ❑Yes
- ❑No *(Go to 35)*
- ❑Unable to do activity *(Go to 35)*
- ❑Don't know *(Go to 35)*
- ❑Refused *(Go to 35)*

34a. What moderate activities did you do? *(Read each of the activities and circle the numbers that apply. Only ask the information in the other columns for those activities the respondent does.)*

	Activity	On average, how often did you do it? *(Number of times per Day, Week, Month)*	On average, how long did you do it each time? *(Minutes, Hours)*
1	**Baseball** or Softball	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
2	Leisurely **Cycling**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
3	Low impact Aerobic **Dance**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
4	Light **Gardening** or Yard Work	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
5	**Golf**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
6	**Stair** Climbing	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
7	**Swimming**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
8	**Tennis** or Other Racket Sports	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
9	Brisk **Walking**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
10	Social **Dancing**	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
11	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
12	Other *specify:* _____	#_____ per *(D, W, M)*	#_____ *(M or H)*
77	Refused		
99	Don't Know		

35. How does the amount of activity that you reported for the **past 30 days** compare with your physical activity for the **past 12 months**? During the **past 30 days**, were you . . (*Read choices*)

More active	1	Refused	7
Less active	2	Don't Know	9
About the same	3		

36. Compared with most *(match to sex of respondent: men/women)* your age, would you say that you are . . (*Read choices*).

More active	1	Refused	7
Less active	2	Don't Know	9
About the same	3		

37. Compared with yourself **10 years ago**, would you say that you are . . .(*Read choices*)

More active now	1	Refused	7
Less active now	2	Don't Know	9
About the same	3		

Now I would like to ask you a few questions about fruits and vegetables. We prefer your best guess to no answer at all.

38. How many fruits and vegetables do you think a person should eat each day for good health?

____Number of servings ☐Don't know ☐Refused

The next questions are about the foods you usually eat or drink. Please tell me how often you eat or drink each one of the following foods, for example, twice a week, three times a month, and so forth. Remember, I am only interested in the foods <u>you</u> eat. Include all foods you eat, both <u>at home</u> and <u>away from home</u>.

39. How often do you drink fruit juices such as orange, grapefruit, or tomato?

____Times per day
____Times per week
____Times per month
____Times per year

☐Never
☐Don't know
☐Refused

40. Not counting juice, how often do you eat fruit?

____Times per day
____Times per week
____Times per month
____Times per year

☐Never
☐Don't know
☐Refused

41. How often do you eat green salad?

____Times per day
____Times per week
____Times per month
____Times per year

☐Never
☐Don't know
☐Refused

42. How often do you eat potatoes not including french fries, fried potatoes, or potato chips?

____Times per day
____Times per week
____Times per month
____Times per year

☐Never
☐Don't know
☐Refused

43. How often do you eat carrots?

____Times per day
____Times per week
____Times per month
____Times per year

☐Never
☐Don't know
☐Refused

44. Not counting carrots, potatoes, or salad, how many servings of vegetables do you usually eat?

____Times per day
____Times per week
____Times per month
____Times per year

☐Never
☐Don't know
☐Refused

45. When you told me about the servings of vegetables, did you include beans such as pinto beans, refried beans, navy beans, beans in chili, or lentils?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑Don't know
- ❑Refused

The next few questions are about other lifestyle practices.

46. Have you smoked more than 100 cigarettes or 5 packs in your life?

- ❑Yes–I still smoke
- ❑Yes--but now stopped
- ❑No *(Go to 47)*
- ❑Don't know *(Go to 47)*
- ❑Refused *(Go to 47)*

46a. At what age did you begin smoking?____years old

46b. How many cigarettes do you smoke (**or did you smoke**) on the average each day?

_____ number ❑Cigarettes per day
❑Packs per day

46c. For how long did you smoke regularly?

- ❑Less than one year
- ❑ _____ Years
- ❑Don't know
- ❑Refused

47. *During the past 30 days*, how many days *per week on average* Or how many days per month did you drink any alcoholic beverage?

- ❑ None *(Go to #50 if woman, 53 if man)*
- ____Days per week
- ____Days per month
- ❑Don't know *(Go to #50 if woman, 53 if man)*
- ❑Refused *(Go to #50 if woman, 53 if man)*

48. On the days when you drank, about *how many drinks* did you have, on the average?

____Drinks/time ❑ Don't know ❑ Refused

49. Considering all types of alcoholic beverages, how many times *in the past 30 days did you drink more than 5 drinks*, on any one occasion?

____Times/past month ❑ Don't know ❑ Refused

(If respondent is a WOMAN, continue with question 50, for MEN, go to question 53).

50. Have you ever been pregnant?

- ❑ Yes
- ❑ No *(Continue with 51)*
- ❑ Don't know *(Continue with 51)*
- ❑ Refused *(Continue with 51)*

50a. How many pregnancies have you had? _____

50b. Are you pregnant now? ❑ Yes ❑ No

50c. Did you have diabetes during *any* pregnancy? ❑ Yes ❑ No

50d. Did any of your pregnancies result in: *(check any that apply)*

- ❑A miscarriage
- ❑A stillbirth
- ❑A baby weighing more than 8 lb 12 oz. or 4 kg
- ❑Twins or multiple infants

51. Have you ever had a mammogram (X-Ray of the breast)?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑Don't know
- ❑Refused

52. Have you ever had a Pap smear?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑Don't know
- ❑Refused

53. Now I would like to ask you a few more questions about diabetes.

In the last 12 months, have you heard, seen or read anything about ways a person can avoid or prevent diabetes?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑Don't know
- ❑Refused

54. Do you think <u>you</u> can do something to prevent <u>yourself</u> from developing diabetes?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑Don't know
- ❑Refused

(*If yes or no* - Please explain)_____

The following questions relate only to biological relatives; not adoptive or relatives by marriage

55. Does (did) your (biological) father have diabetes or high blood sugar?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑Don't know
- ❑Refused

56. Does (did) your (biological) mother have diabetes or high blood sugar?

- ❑Yes
- ❑No
- ❑ Don't know
- ❑ Refused

57. Do you have brothers or sisters who are known to have diabetes?

- ❑ Yes
- ❑ No
- ❑ Don't know
- ❑ Refused

Now I am going to ask you a few questions about yourself.

58. What is your birth date? _____/_____/_____
month/day/year

59. Where were you born? (specify:_____)

- ❑United States
- ❑Mexico
- ❑Other
- ❑Don't know
- ❑Refused

60. What is your marital status?

- ❑Single
- ❑Consensual union
- ❑Married
- ❑Widowed
- ❑Divorced/Separated
- ❑Don't know
- ❑Refused

61. The next few questions are about language.

61a. Do you speak English? ❑Yes ❑No ❑Don't Know ❑Refused

61b. Do you speak Spanish? ❑Yes ❑No ❑Don't Know ❑Refused

61c. Which language do you prefer? ❑English ❑Spanish ❑No preference ❑Refused

61d. Can you read a newspaper in English? ❑Yes ❑No ❑Don't Know ❑Refused

61e. Can you read a newspaper in Spanish? ❑Yes ❑No ❑Don't Know ❑Refused

61f. Can you write a letter in English? ❑Yes ❑No ❑Don't Know ❑Refused

61g. Can you write a letter in Spanish? ❑Yes ❑No ❑Don't Know ❑Refused

62. Have you completed or graduated from... *(Read each choice)*

62a. Primary/Elementary School ❑ Yes ❑No

62b. Middle School/Junior High School ❑ Yes ❑No

62c. High School (including GED) ❑ Yes ❑No

62d. Post-Secondary Vocational School ❑ Yes ❑No

62e.University/College ❑ Yes ❑No

62f. Never attended School *(Circle if applies)* ❑ Yes ❑No

63. Over your lifetime,what has been your usual occupation?_____

64. Are you currently employed outside of the home?

❑ Yes ❑ Refused *(Go to 65)*

❑ No *(Go to 65)*

64a. If yes, what is your current occupation? _____ *(Go to 66)*

65. *If not currently employed outside the home,* are you ...? (*Choose the one best response*)

❑Homemaker ❑Don't know

❑Student ❑Refused

❑Unemployed

❑Disabled

❑Retired

66. Do you consider yourself to be of Hispanic origin or descent (such as Mexican, Mexican-American, Latino/a, Latin American or Chicano/a)?

❑Yes *(Go to end)* ❑Don't know

❑No ❑Refused

66a. Which of the following best describes your race?

❑White ❑Don't know

❑African-American ❑Refused

❑Native American, Eskimo, Aleut

❑Asian/Pacific Islander

❑Other_____

This concludes our questions. I just want you to know that the project coordinator may call you to ask a few more questions. May I have your phone number? _____

Is there anything else you would like to tell us? _____
_____
_____

Now we would like to take some brief measures of your height, weight, and a finger-stick blood sample as part of an assessment of the risk for diabetes in our community.

Spanish Interview

Encuesta de Salud En La Comunidad de Douglas

Entrevistadora:_____Inicio de Entrevista:__:__ ☐ AM ☐ PM

Fecha:__|__|__|

Código de Hogar |__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|
Entrevistadora # Hogar # Participante

de Cuadra:_____

1. Censo del Hogar: Favor de anotar las personas de 20 años de edad a 74 años de edad que viven en este domicilio empezando con usted:

Identificacion del Participante	Primer Nombre	Relacion al respondiente (use codigo)	Edad	Sexo	Status 1=Participante 2=Se Nego 3=Inaccesible
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					

Códigos:

A. Jefe de familia
B. Esposo(a)/compañero(a) del jefe de familia
C. Hijo(a) adulto del jefe o su compañera(o)
D. Esposa(o)/compañero(a) de hijo(a) adulto
E. Padre/Madre del jefe de familia o compañero(a)
F. Hermano(a) del jefe de familia o compañero(a)
G. Nieto(a) adulto del jefe de familia o compañero(a)
H. Otro adulto familiar
I. Otro adulto no familiar
J. No sabe
K. Se nego contestar

2. ¿Cuantos niños menores de 20 años viven en este hogar?____*(Si la respuesta es cero, continue con #3)*

2a. Cuantos niños?_____

2b. Cuales son las edades de los niños?_____(para menores de 2 años, que edad en meses)

2c. Cuantas niñas?_____

2d. Cuales son las edades de las niños?_____(para menores de 2 años, indique edad en meses)

2e. De estos niños, algunos nacieron de una madre con diabetes durante el embarazo?

☐ Si ☐ No ☐ No sabe

3. **Ahora, me gustaria hacerle preguntas sobre su salud.**

¿En general,como considera Ud que esta su salud:

(Favor de leer)

☐Excelente
☐Muy bien
☐Bien
☐Regular
☐Mal
☐No sabe
☐Se nego contestar

Las siguientes preguntas se refieren a diabetes or "azucar alta en sangre".

4. ¿Ha escuchado Ud. las palabras "diabetes" o "azucar alta en sangre"?

☐Si
☐No
☐No sabe
☐Se nego contestar

5. ¿Alguna vez le dijo un médico que tenía diabetes o el azucar alta en la sangre?

☐Si
☐No ***(continue con #16)***
☐No sabe***(continue con #16)***
☐Se nego contestar***(continue con #16)***

5a. ¿Hace cuanto tiempo se informó que tenía (tiene) diabetes o el azucar alta en la sangre?

(Marque o escriba lo mas apropiado)

☐Menos de 1 año
____Años atras o A que edad (años)____
☐No sabe
☐Se nego contestar

6. *(Para mujeres solamente)* ¿Le dijo un médico que tuvo diabetes ***solamente*** durante un embarazo y no en ningun otro tiempo? ☐Si ☐No

7. ¿En algun tiempo ha recibido tratamiento médico para su diabetes o el azucar alta en sangre?

☐Si—actualmente estoy bajo tratamiento
☐Si—en algun tiempo, pero ahorita no ***(continue con #16)***
☐No—Nunca ***(continue con #16)***
☐No sabe ***(continue con #16)***
☐Se nego contestar***(continue con #16)***

¿Recibio instruciones de un médico o enfermera sobre que comidas debe comer (o evitar) para controlar su diabetes o azucar alta en sangre?

☐Si
☐No ***(continue con # 9)***
☐No sabe ***(continue con # 9)***
☐Se nego contestar ***(continue con # 9)***

8a. ¿Con que frecuencia sigue estas instrucciones o esta dieta?

- ☐Todo los dias
- ☐Mayoría del tiempo
- ☐Algunas veces
- ☐Pocas veces
- ☐Nunca
- ☐No Sabe
- ☐Se nego contestar

9. ¿Usa pastillas para controlar su diabetes el azucar en la sangre?

- ☐Si
- ☐No ***(continue con #10)***
- ☐No sabe ***(continue con #10)***
- ☐Se nego contestar***(continue con #10)***

9a. ¿Donde obtiene las pastillas?***(Puede marcar todas la que apliquen)***

- ☐Clínica/Médico en los Estados Unidos
- ☐Clínica/Médico en México
- ☐Farmacia en los Estados Unidos
- ☐Farmacia en Mexico
- ☐Otro (especifique:_____)
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

10. ¿Usa inyecciones de insulina?

- ☐Si
- ☐No ***(continue con 11)***
- ☐No sabe ***(continue con 11)***
- ☐Se nego contestar ***(continue con 11)***

10a. ¿Cuanta insulina toma a diario?_____unidades _____# de veces por día

10b. ¿Donde obtiene la insulina?

- ☐Clínica/Médico en EU
- ☐Clínica/Médico en México
- ☐Farmacia en EU
- ☐Farmacia en México
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

11. ¿Usa tiras reactivas para revisar el azucar en su orina?

- ☐Si
- ☐No ***(continue con #12)***
- ☐No sabe ***(continue con #12)***
- ☐Se nego contestar ***(continue con #12)***

11a. ¿Cuantas veces *en la semana pasada*? _____# de veces por semana

12. ¿Se examina su sangre para el azucar?

- ☐Si
- ☐No ***(continue con #13)***
- ☐No sabe ***(continue con #13)***
- ☐Se nego contestar ***(continue con #13)***

12a. Cuantas veces reviso su sangre *la semana pasada*? _____# de veces por semana

13. ¿Actualmente usa *otro* tipo de remedio o tratamiento para su diabetes o el azucar alta en sangre?

- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

(Si contesta "si", brevemente especifique_____)

14. ¿Cuando fue su última visita médica *para el cuidado relacionado con su diabetes?*_____*meses en el pasado* ☐Hace mas de 12 meses
☐No Sabe ☐Se nego contestar

15. ¿En los últimos 12 meses, le ha examinado un médico los pies o piernas?
☐Si *(continue con #18)* ☐No sabe*(continue con #18)*
☐No*(continue con #18)* ☐Se nego contestar*(continue con #18)*

16. ¿Cree usted que en el presente tiene diabetes o lo tuvo en el pasado? (Favor lea)
☐Si ☐No ***(continute con la #18)***

16a. ¿"Porque" ***(Marque todas las que apliquen)***
☐Familiares/Parientes tienen diabetes (azucar) ☐Otro(especifique)_____
☐Presento/Presente síntomas ☐No sabe
☐Por una prueba positiva de azucar en la sangre ☐Se nego contestar
En que lugar?_____

17. ¿Que esta tomando o que esta haciendo para tratar esta condicíon?
(Explique brevamente)_____
☐Nada ☐No sabe ☐Se nego contestar

Las siguientes preguntas conciernen su cuidado en general sobre su salud ***(Para todos los respondientes)***

18. ¿Se ha presentado a consultar con un proveedor de salud (médico o enfermera) en los ultimos 12 meses?
☐Si ☐No sabe ***(Continue con #20)***
☐No ***(Continue con #20)*** ☐Se nego contestar***(Continue con #20)***

19. ¿Cuantas visitas asistio en los últimos 12 meses? ____ # de visitas

20. ¿Existe alguna clínica, consultorio, o médico en particular *que Ud acostumbra a visitar* en caso de enfermedad o cuando necesita servicios de salud rutinarias?
☐Si ☐No sabe ***(Continue con #21)***
☐No ***(Continue con #21)*** ☐Se nego contestar***(Continue con #21)***

20a. ¿Cual es este lugar?.....***(Por favor lea la lista y marque los que apliquen):***

En:	EUA?	Mex?	Ambos?	No sabe	Se niega a contestar
☐Sala de emergencia	1	2	3	7	8
☐Cuidado de urgencias médicas	1	2	3	7	8
☐Consultorio privado	1	2	3	7	8
☐Clínica pública(Dept de Salud)	1	2	3	7	8
☐Arizona Family Care Association	1	2	3	7	8
☐Douglas Family Health Clinic	1	2	3	7	8
☐Chiricahua Community Health Clinic	1	2	3	7	8
☐Clínica militar o de Veteranos (VA)	1	2	3	7	8
☐Otro (especifique:)	1	2	3	7	8

21. ¿Cual de las siguientes coberturas o plan de aseguranza de salud tiene?(*Puede marcar todas las que apliquen)*

- ☐Medicaid (se llama AHCCCS "Access" en AZ)
- ☐Medicare (para personas mayores de 65)
- ☐Plan de seguro privados (por ejemplo, Blue Cross)
- ☐Un plan de grupo (HMO,Cigna, Intergroup, etc.)
- ☐Militar (CHAMPUS, CHAMPVA) o VA
- ☐Seguro Social/Plan de Salud Mexicana
- ☐Otro_____
- ☐Ninguno
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

22. Algunas veces las personas tienen dificuldad en obtener atencíon médica cuando se necesita. En los últimos 12 meses, hubo alguna ocacíon en que necesito servicos médicos, pero no los obtuvo?

- ☐Si
- ☐No ***(Continue con #23)***
- ☐No sabe ***(Continue con #23)***
- ☐Se nego contestar ***(Continue con #23)***

22a. ¿Cual de las siguientes razones demuestran el incidente mas reciente donde usted no recibio cuidado médico o los servicios necesarios?

(***Enseñe carta de respuesta. Indique todas las que apliquen.)***

- ☐No aceptaron mi seguro médico
- ☐No tenia seguro medico
- ☐No tenia recursos para pagar
- ☐No pagó mi aseguranza
- ☐No había médico en ese momento
- ☐Esperé demasiado tiempo en la sala de espera
- ☐Problemas de transporte
- ☐Dificultad en obtener cita
- ☐Las horas de consulta no me convenian
- ☐Problemas de idioma
- ☐Problemas en arreglar el cuidado de los ninos
- ☐La familia nego el tratamiento
- ☐Otro:_____
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

23.¿Recibio alguno de los siguientes examenes clínicos *en los los últimos* 12 MESES? *(favor de leer la lista)*

	Si	No	No sabe	Se nego contestar
a. Chequéo de la presíon de sangre	1	2	7	8
b. Examen de azucar en sangre	1	2	7	8
c. Examen de orina	1	2	7	8
d. Examen de los ojos	1	2	7	8

24. ¿Alguna vez le informó un médico o enfermera que tiene la presíon alta o hipertensíon?

- ☐Si
- ☐No ***(Continue con #25)***
- ☐No sabe ***(Continue con #25)***
- ☐Se nego contestar ***(Continue con #25)***

24a. ¿Cuando le dijeron por primera vez?

- ☐En el último año
- ☐No sabe
- ☐En los ultimos 5 años
- ☐Hace mas de 5 años
- ☐Se nego contestar

24b. ¿Actualmente lo(a) estan tratando para la alta presíon?

- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

25. ¿Alguna vez le informó un médico que tiene.....? *(Lea lista completa y circule todas que apliquen).*

	Si	*No*	*No sabe*	*Se nego contestar*	*Comentarios*
A. Dificultades pulmonares (TB, asma, emfisema, bronquitis cronico)	1	2	7	8	
B. Enfermedad del corazon (paro cardiaco, insuficiencia cardiaca)?	1	2	7	8	
C. Enfermedad del higado?	1	2	7	8	
D. Enfermedad de los riñones?	1	2	7	8	
E. Problemas de la circulacion? (brazos/piernas)	1	2	7	8	
F. Enfermedad de los ojos (catarata; glaucoma, otro)	1	2	7	8	
G. Cancer, Leucémia	1	2	7	8	
H. Embólio cerbral o "stroke".	1	2	7	8	

26. Ahora quisiera hacerle otras preguntas sobre su salud.

	Si	*No*	*No sabe*	*Se nego Contestar*	*Comentarios*
A. ¿Alguna vez tuvo artritis o reumatismo por mas de tres meses?	1	2	7	8	
B. ¿Sus dedos se le ponen palidos, entomidos o incomodos cuando hace frio?	1	2	7	8	
C. ¿Ha tenido llagas en la boca por mas de dos semanas?	1	2	7	8	
D. ¿Le han dicho que tiene un número bajo en la sangre (anemia, número bajo de celulas blancas, o un número bajo de plaqueta)?	1	2	7	8	
E. ¿Le salen erupciones en la piel despues de haber estado en el sol (no quemada)?	1	2	7	8	
F. ¿Ha tenido un sarpullido prominente en sus mejillas por mas de un mes?	1	2	7	8	
G. ¿Alguna vez ha sido doloroso respirar profundo por mas de un par de dias (pleurisia)?	1	2	7	8	
H. ¿Le han dicho que tiene proteina en la orina?	1	2	7	8	
I. ¿Alguna vez ha tenido pérdida de mucho cabello rapidamente?	1	2	7	8	
J. ¿Alguna vez ha tenido ataques o convulsiones?	1	2	7	8	

27. ¿Le ha informado un médico que usted tiene lupus?

☐Si ☐No sabe
☐No ☐Se nego contestar

28. *¿En los últimos 6 meses*, en cuantas *ocaciones* estuvo en el hospital, por lo menos una noche?
_____# de veces en los ultimos 6 meses ☐No sabe ☐Se nego a contestar

¿Si fue hospitalizado....

28a. Fue en... ☐EUA ☐México ☐Otro_____

29. *En los ultimos 6 meses*, en cuantas ocaciones fue atendida(o) en sala de emergencias o en urgencias médicas?
____# de veces en los últimos 6 meses ☐No sabe ☐Se nego contestar

¿Si asistio?

29a: Fue en?..... ☐EUA ☐México ☐Otro_____

(Para las preguntas que requieren respuestas por numero, favor de preguntar que escojan la mejor respuesta. Si le dan un rango, pidan que escojan el número mas cercano.)

Las siguientes preguntas son sobre actividad fisica que usted desempeño en los <u>ultimos 30 dias</u>

30. ¿En los últimos 30 dias, camino o monto bicicleta como manera de ir o venir del trabajo o escuela o para hacer mandados? ***(Favor de leer las primeras 3 selecciones)***

☐Si ☐Se nego contestar ***(continue con #31)***
☐No ***(continue con #31)*** ☐No sabe ***(continue con #31)***
☐Incapaz de participar en este tipo de actividad ***(continue con #31)***

30a. ¿En los últimos 30 dias, que tan frecuente camino o monto bicicleta como parte de ir y venir al trabajo o escuela o hacer mandados? Cuantas veces por día, por semana, o por mes desempeño estas actividades?

|_|_|_| Número ☐Por día ☐En una semana ☐En un mes ☐No sabe ☐Se nego contestar

30b. ¿En esos dias cuando camino o monto bicicleta, como cuanto tiempo por día, en conjunto, desempeño esta actividad?

|_|_|_| Número ☐Minutos ☐Horas ☐No sabe ☐Se nego contestar

31. Ahora me gustaría hablar sobre actividades que usted desempeña en su <u>hogar</u>.
¿En los últimos 30 dias, desempeño actividades vigorosas (ejemplo: sudo en exeso, aumento en ritmo cardiaco y respiracíon)dentro o alrededor de su hogar tales como excavar con pala en el jardin, cortar lena, proyecto de carpintería mayor, limpieza de garaje, fregar pisos, o movimiento de muebles, etc.? ***(Lea las primeras 3 respuestas)***

☐Si ☐Se nego contestar ***(continue con #32)***
☐No ***(continue con #32)*** ☐No sabe ***(continue con #32)***
☐Incapaz de participar en este tipo de actividad ***(continue con #32)***

31a. ¿En los últimos 30 dias, que actividades vigorosas desempeño? ***(Lea todas las opciones y circule todas las que apliquen. Solo pregunte sobre actividades que desempeno)***

	Actividad	En promedio, que tan frecuente lo desempeño? (Numero de veces por (Día,Semana, Mes)	En promedio cuanto tiempo lo desempeño cada vez? (Minutos, Horas)
1	Excavar jardin o limpieza de patio (excavar con pala en jardin)	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
2	Cortar lena, levantar hojas, o embolsar hojas	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
3	Proyecto mayor de carpintería o reparacíon de hogar	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
4	Tarea dificil de limpieza tal como fregar pisos, limpieza de asotéa, sótano, garaje	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
5	Movimiento de muebles	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
6	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
7	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
8	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
77	Se nego contestar		
99	No sabe.....		

32. Ahora quisiera que pensara en sus actividades relacionadas con su trabajo. La tarea puede incluir trabajo casero si es usted ama de casa, el ir y venir, si es usted estudiante, y lo que normalmente hace una persona jubilada o desempleada.

Por favor dígame cual de las siguientes cuatro frases **mejor** describen sus actividades relacionadas con su trabajo. ***(Lea todas opciones y circule la mas apropiada)***

1	Se mantiene sentada(o) durante el dia y no camina mucho
2	Se mantiene parada(o) o camina bastante durante el día, pero no se le requiere cargar o levantar cosas
3	Levanta o carga cosas livianas, o seguido sube escsiones o cerros.
4	Desempeña trabajo pesado o levanta cargamentos pesados
7	Se nego contestar
9	No sabe

Las siguientes preguntas son sobre actividades físicas que usted desempeño durante su tiempo libre en los ultimos 30 dias. Estas actividades incluyen ejercicio, deportes, o pasatiempos físicos. Primero le preguntare sobre actividades que producen bastante sudor, aumento de respiracíon y aumento ritmico del corazon. Despues le preguntare sobre actividades mas livianas.

33. ¿En los últimos 30 dias, ha participado en actividades vigorosas por lo menos 10 minutos las cuales le causaron un aumento ligero de sudor, gran aumento ritmico del corazon, o respiracion? Ejemplos son caminata ligera (jogging), natacion, baile aerobico, montar bicicleta ligera, tenis, futbol (soccer), baloncesto (basketball), u otros deportes vigorosos? ***(Lea las primeras 3 opciones)***

- ☐Si
- ☐No ***(continue con #34)***
- ☐Incapaz de participar en este tipo de actividad ***(continue con #34)***
- ☐Se nego contestar***(continue con #34)***
- ☐No sabe ***(continue con #34)***

33a.. ¿En los ultimos 30 dias, que actividades vigorosas desempeno? ***(Lea todas las opciones y circule todas las que apliquen. Solo pregunte sobre actividades que desempena)***

	Actividad	¿En promedio, que tan frecuento lo desempeno? (Numero de veces por (Dia,Semana, Mes)	¿En promedio cuanto tiempo lo desempeno cada vez? (Minutos, Horas)
1	Montar bicicleta ligera	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
2	Baile aerobico vigoroso u otro baile ligero	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
3	Correr	#____por. *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
4	Subir escalones	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
5	Natacion ligera o vigorosa	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
6	Tenis u otro deporte de raqueta	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
7	Baloncesto	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
8	Volibol	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
9	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
10	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
11	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
77	Se nego contestar		
99	No sabe.....		

34. ¿A traves de los ultimos 30 dias, participo en actividades moderadas por lo menos 10 minutos que causaron solamente sudor liviano o aumento liviano de respiracion o ritmo cardiaco? Ejemplos son caminando rapidamente, montar una bicicleta para el placer, jugar golf sin uso de carreta, caminando o bailando. **(Favor de leer las primeras 3 opciones)**

- ☐Si
- ☐No ***(continue con #35)***
- ☐Incapaz de participar en este tipo de actividad ***(continue con #35)***
- ☐Se nego contestar***(continue con #35)***
- ☐No sabe ***(continue con #35)***

34a. ¿Cuales actividades moderadas desempeno? *(Lea todas las opciones y circule todas las que apliquen. Solo pregunte sobre actividades que desempena)*

	Actividad	¿En promedio, que tan frecuento lo desempeno? (Numero de veces por Dia,Semana, Mes)	¿En promedio cuanto tiempo lo desempeno cad vez? (Minutos, Horas)
1	Beisbol o beisbol con pelota blanda	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
2	Cicleo liviano	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
3	Baile aerobico de impacto liviano	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
4	Jardineria liviana o trabajo de yarda	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
5	Golf	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
6	Subir escalones	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
7	Natacion	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
8	Tenis u otro deporte de raqueta	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
9	Caminata energica	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
10	Baile social	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
11	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
12	Otros *especifique:* _____	#____por *(D, S, M)*	#_____*(M o H)*
77	Se nego contestar		
99	No sabe.....		

35. ¿Como compara la cantidad de actividad que ha reportado para los ultimos 30 dias a su actividad fisica de los ultimos 12 meses? Durante los ultimos 30 dias, usted fue...***(Lea opciones y circule el numero que mejor la(o) describe)***

Mas activo(a)	1	Se nego contestar	7
Menos activo(a)	2	No sabe	9
Lo mismo	3		

36. Comparado con la mayoria de personas de su edad y sexo, diria usted que es....*(Lea opciones y circule el numero que mejor la(o) describe)*

Mas activo(a)	1	Se nego contestar	7
Menos activo(a)	2	No sabe	9
Lo mismo	3		

37. ¿Comparado con su actividad de hace 10 anos, diria que usted es...*(Lea opciones y circule el numero que mejor la(o) describe)*

Mas activo(a), ahora	1	Se nego contestar	7
Menos activo(a), ahora	2	No sabe	9
Lo mismo, ahora	3		

Ahora me gustaria hacerle preguntas sobre frutas y verduras. Es prefirible su mejor respuesta a no contestar la preguntar.

38. ¿Cuantas porciones de frutas y verduras cree usted que una persona debería de consumir por día para mantenerse saludable?

____Número de porciones ☐No sabe ☐Se nego contestar

Las siguientes preguntas se tratan de las comidas que usualmente consume o bebe. Por favor digame, que tan frecuente consume o bebe cada una de las siguientes comidas, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etc. Recuerde, solo me interesa las comidas que usted comsume. Incluya todas las comidas que usted consume, en su hogar al igual que afuera del hogar.

39. ¿Que tan seguido bebe jugos tales como naranja, toronja, o tomate?

____Veces por día
____Veces por semana
____Veces por mes
____Veces por año

☐Nunca
☐No sabe
☐Se nego contestar

40. ¿No contando jugos, que tan seguido come usted fruta?

____Veces por día
____Veces por semana
____Veces por mes
____Veces por año

☐Nunca
☐No sabe
☐Se nego contestar

41. ¿Que tan seguido consume usted ensalada de verduras?

____Veces por día
____Veces por semana
____Veces por mes
____Veces por año

☐Nunca
☐No sabe
☐Se nego contestar

42. ¿Que tan seguido consume usted papas, no incluyendo papas fritas, papitas?

____Veces por día
____Veces por semana
____Veces por mes
____Veces por año

☐Nunca
☐No sabe
☐Se nego contestar

43. ¿Que tan seguido consume zanahoria?

____Veces por día
____Veces por semana
____Veces por mes
____Veces por año

☐Nunca
☐No sabe
☐Se nego contestar

44. ¿No contando zanahorias, ensalada, papa o frijoles, cuantas porciones de verdura consume usualmente?

____Veces por día
____Veces por semana
____Veces por mes
____Veces por año

☐Nunca
☐No sabe
☐Se nego contestar

45. ¿Cuando me platico de las porciones de vedudas, incluyo frijoles, tal como el frijol pinto, frijoles refritos, frijol blanco, frijoles con chile, o lentejas?

☐Si
☐No
☐No sabe
☐Se nego contestar

Las siguientes preguntas conciernen su estilo de vida.

46. ¿Ha fumado por lo menos cien (100) cigarrillos o 5 cajetillas en toda su vida?

☐Si–Sigo fumando
☐Si–pero ya no fumo
☐No ***(continue con #47)***
☐No sabe ***(continue con #47)***
☐Se nego contestar ***(continue con #47)***

46a. ¿A que edad empezo a fumar?____años cumplidos

46b. ¿Cuantos cigarrillos fuma (o fumaba) en promedio por dia

_____# por día ____#de cajetillas por día

46c. ¿Cuanto tiempo fumo regularmente?

☐Menos de un año
☐_____Años
☐No sabe
☐Se nego contestar

47. ¿*Durante los ultimos 30 dias*, cuantos dias *por semana en promedio*, o cuantos dias por mes, tomó cualquier bebida alcohólica?

☐Ninguna ***(continue con #50 si es mujer, #53, si es hombre)***

___Dias por semana
___Dias por mes
☐No sabe***(continue con #50 si es mujer, #53, si es hombre)***
☐Se nego contestar***(continue con #50 si es mujer, #53, si es hombre)***

48. ¿En los dias que tomó bebidas alcohólicas, mas o menos *cuantas bedidas* tomó, en promedio?

__Bebidas/tiempo ☐No sabe ☐Se nego contestar

49. ¿Considerando todos tipos de bebidas alcohólicas, cuantas veces *en los últimos 30 dias tomó mas de 5 bebidas, en cualquier ocasíon*?

___# de veces/mes pasado ☐No sabe ☐Se nego contestar

(Si la respondiente es MUJER, continue con la pregunta #50. Si el respondiente es HOMBRE, continue con la pregunta #53.)

50. ¿ Alguna vez ha estado embarazada?
- ☐Si
- ☐No *(continue con #51)*
- ☐Se nego contestar*(continue con #51)*
- ☐No sabe *(continue con #51)*

50a. ¿ Cuantos embarazos ha tenido? _____Número de embarazos

50b. ¿ Esta embaraza en el presente? ☐Si ☐No

50c. ¿ Tuvo diabetes durante *algun* embarazo?☐Si ☐No

50d. ¿ De los embarazos que ha tenido,resultaron algunos en:
(Marque mas de una opcion)
- ☐Aborto espontañeo (no provocado)
- ☐Niño(s) muerto(s) al nacer)
- ☐Niño(s) pesando mas de 8 libras y 12 onzas o 4 kg
- ☐gemelos o multiples niños

51. ¿Alguna vez le han hecho un mamograma (rayos x de los cenos)?
- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

52. ¿Alguna vez le han hecho un PAP (prueba de cancer)?
- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

53. Ahora me gustaria hacerle mas preguntas sobre el diabetes.
¿En los últimos 12 meses, ha escuchado, visto o leido cualquier cosa sobre como puede una persona evitar o prevenir el diabetes?
- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

54. ¿Cree que usted puede hacer algo para prevenir que usted no desarolle diabetes?
- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

(Si contestó "si" o "no", por favor explique:)_____

Las siguientes preguntas se *refieren a los padres biológicos, solamente; excluye padres adoptivos o parientes políticos)*

55. ¿Tiene (o tuvo) su padre (biológico) diabetes o azucar alta en la sangre?
- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

56. ¿Tiene (o tuvo) su madre (biológica) diabetes o azucar alta en la sangre?
- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

57. ¿Tiene hermanos(as) quienes saben que tienen diabetes?
- ☐Si
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

Ahora me gustaria preguntar acerca de usted.

58. ¿Que es su fecha de nacimiento?: |__|__|__|
mes/día/ano

59. ¿Donde nacio? ¿En que ciudad?_____
- ☐Estados Unidos de America
- ☐México
- ☐Otro(especifique:_____)
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

60. ¿Cual es su estado civil?
- ☐Es soltero(a)
- ☐Union libre
- ☐Es casado(a)
- ☐Es viudo(a)
- ☐Es divorciado(a)/separado(a)
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

61. *Las siguientes preguntas son acerca del idioma.*

61a. ¿Habla Ingles?	☐Si	☐No	☐No Sabe	☐Se nego contestar
61b. ¿Habla Espanol?	☐Si	☐No	☐No Sabe	☐Se nego contestar
61c. ¿Que idioma prefiere?	☐Ingles	☐Espanol	☐No tengo preferencia	☐Se nego contestar
61d. ¿Puede leer el periodico en Ingles?	☐Si	☐No	☐No Sabe	☐Se nego contestar
61e. ¿Puede leer el periodico en Espanol?	☐Si	☐No	☐No Sabe	☐Se nego contestar
61f. ¿Puede escribir una carta en Ingles?	☐Si	☐No	☐No Sabe	☐Se nego contestar
61g. ¿Puede escribir una carta en Espanol	☐Si	☐No	☐No Sabe	☐Se nego contestar

62. ¿Termino o se recibio de....***(Lea cada opcion)***

62a. ☐Primaria?	☐Si	☐No
62b. ☐Secundaria o Prevocacional?	☐Si	☐No
62c. ☐Preparatoria (incluye GED)?	☐Si	☐No
62d. ☐Vocacional?	☐Si	☐No
62e. ☐Universidad/Colegio?	☐Si	☐No
62f. ☐Fue a la escuela?	☐Si	☐No

63. ¿A traves de su vida, cual fue su trabajo usual?_____

64 ¿Esta por lo pronto trabajando fuera de su hogar?
- ☐Si
- ☐No ***(continue con #65)***
- ☐Se nego contestar ***(continue con #65)***

64a. Si contesto si, en que trabaja?_____*(continue con #66)*

65. ¿Si, por lo pronto, no trabaja fuera del hogar, es usted.....? (Escoja una (1) y mejor respuesta)

- ☐Ama de casa
- ☐Estudiante
- ☐Desempleado
- ☐Incapacitado
- ☐Jubilado
- ☐*No sabe*
- ☐Se nego contestar

66. ¿Se considera usted de origen o de desendencia Hispano(a) (Mexicano/a, Mexico-Americano/a, Latino/a, Latino-Americano/a, Chicano/a?

- ☐Si ***(continue hacia el fin)***
- ☐No
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

66a. ¿Cual de las siguientes mejor describe su raza?

- ☐Blanco(a)
- ☐Afroamericano(a)
- ☐Nativo Americano(a) Indio(a)O de Alaska
- ☐Asiático o de las Islas de Pacífico
- ☐Otro_____
- ☐No sabe
- ☐Se nego contestar

Con esto terminamos las preguntas. Quisiera informarle que quizá se comunique la coordinadora del proyecto con usted para hacerle unas pocas de preguntas. ¿Me permite su número de teléfono?_____

¿Tiene alguna otra cosita que quisiera decirnos?_____

Ahora nos gustaria tomar medidas de su estatura, peso, y, un piquete del dedo para tomar muestra de sangre como parte de determinar el riesgo de diabetes en la comunidad.

Registro de Mediciones Clínicos

	Primera Medida	Segunda Medida	Tercera Medida
1. ¿Se realizo la medida de peso? #de bascula_____	☐Si ___.__kg	___.__kg	___.__kg
	☐¿No, porque no?_____ especifique		_____ peso reportado
2. ¿Se realizo medida de talla?	☐Si ___pulgadas__ 16	___pulgadas__ 16	___pulgadas__ 16
	☐¿No, porque no?_____ especifique	Si no, ¿cual es la talla?_____	
3. ¿Se realizo la medida de cintura?	☐Si ___.__cm	___.__cm	___.__cm
	☐¿No, porque no?_____ especifique		
4. ¿Se realizo la medida de cadera?	☐Si ___.__cm	___.__cm	___.__cm
	☐¿No, porque no?_____ especifique		

5. ¿Se realizo una muestra de sangre? ☐Si, resultado:_____mg/dl ☐¿No, porque no?_____ especifique

	Resultado (mg/dl)	Protocolo (Marque mas apropiado)	Si embarazada
Estado *de Ayuno*	Resultado _____	Protocolo de Acción (√)	Si embarazada
No ha comido o bebido en las últimas 8 horas ☐	En Ayuno _____	250 o mas: Consulta inmediata ○ 126-249: Consulta dentro de 2-3 semanas ○ 110-125: Consulta dentro 1 mes ○ Menos de 125: No requiere accion ○	} consulta inmediata ○
Ha comido o bebido algo en las últimas 8 horas ☐ ¿Cuando fue la última vez que comio?_____(horas)	Al Azar _____	250 o mas: Consulta inmediata ○ 140-249: Consulta dentro de 2-3 semanas ○ 126-139: Consulta dentro 1 mes ○ Menos de 125: No requiere accion ○	} consulta inmediata ○

Analizado por:_____ ***Se refirio a:***_____

Hora que termino:_____☐AM ☐PM

Notas de la Entrevistadora/Otros comentarios:

CLINICAL MEASUREMENTS

Anthropometric measurements

		Measure 1	Measure 2	Measure 3
1. Did you weigh this person?	Scale #_____ ☐ Yes	|__|__|__|__|.__|kg	|__|__|__|__|.__|kg	|__|__|__|__|.__|kg
☐No, why not?_____ (specify)		If no, state weight: _____		
2. Did you measure this person's height?	☐Yes |__|__| inches |__| 16th		|__|__| inches|__| 16th	|__|__| inches|__| 16th
☐No, why not?_____ (specify)		If no, state height: _____		
3. Did you measure this person's waist?	☐Yes	|__|__|__|.__|cm	|__|__|__|.__|cm	|__|__|__|.__|cm
☐No, why not?_____ (specify)				
4. Did you measure this person's hips?	☐Yes	|__|__|__|.__|cm	|__|__|__|.__|cm	|__|__|__|.__|cm
☐No, why not?_____ (specify)				
5. Did you obtain a finger-prick blood glucose sample?	☐Yes, reading_____mg/dl			
☐No, why not?_____ (specify)				

	RESULT (mg/dl)	REFERRAL PROTOCOL *(Check one)*	If pregnant
FASTING STATUS	RESULT	REFERRAL PROTOCOL (√) ACTION TAKEN	If pregnant
Fasting: No food or drink in past 8 hours ☐	Fasting _____	250 or more: immediate referral ○ 126-249: see doctor in 2-3 weeks ○ 110-125: see doctor in 1 month ○ Less than 110: no action needed ○	refer now ○
Has eaten something in past 8 hours ☐ When did you last eat? _____ *(Time)*	Random _____	250 or more: immediate referral ○ 140-249: see doctor in 2-3 weeks ○ 126-139: see doctor in 1 month ○ Less than 126: no action needed ○	refer now ○

Reviewed by:_____ Referred to:_____

Other comments:

Time completed:_____ ☐AM ☐PM

Interviewer notes:

Thank you for your help.

ARIZONA DEPT OF HEALTH SERVICES
Timothy Flood MD, Medical Director phone 602-542-7333
Office of Chronic Disease Epidemiology
Room 127; 1400 W Washington St. Phoenix, AZ 85007

UNIVERSITY OF ARIZONA
Rural Health Office
Tucson, AZ

DOUGLAS AREA DIABETES SCREENING #_____

CLIENT RESULT FORM — FORMA DE RESULTADO

Name: _____ Test Date: _____

Blood glucose screening result: _____ mg/dl
Resultado de la prueba de azúcar en la sangre

O Fasting *(en ayunas)*
O Random *(sin ayunar)*

☐ Your screening result is within acceptable limits.
Su resultado está entre los limites normales. Ninguna acción es necesaria.

☐ YOUR RESULT IS ABOVE ACCEPTABLE LIMITS. PLEASE SEE YOUR DOCTOR WITHIN _____ WEEKS FOR FURTHER TESTING. BRING THIS PAPER TO YOUR DOCTOR.
Su resultado está elevado. Por favor, visite a su médico dentro de las proximas ____ semanas para más evaluación. Lleve este papel al médico.

Dear Physician:

The plasma glucose screening test (finger stick method) indicates a need for further evaluation, preferrably a fasting glucose measurement. The recently published criteria* shown below can be useful in performing a confirmatory test.

Thank you.

Adapted from the American Diabetes Association
Diagnostic Criteria (July 1997) for Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance
Non Pregnant Adults

Criteria for the Diagnosis of Diabetes Mellitus. In the absence of unequivocal hyperglycemia with acute metabolic decompensation, these criteria should be confirmed by repeat testing on a different day. The third measure (OGTT) is not recommended for routine clinical use.

☐ Symptoms of diabetes plus casual plasma glucose concentration ≥ 200 mg/dl. Casual is defined as any time of day without regard to time since last meal. The classic signs and symptoms of diabetes mellitus including polydipsia, polyuria, polyphagia, and unexplained weight loss.

Or

☐ Fasting plasma glucose ≥126 mg/dl. Fasting is defined as no caloric intake for at least 8 hours.

Or

☐ 2-hour post glucose load ≥200 mg/dl during an oral glucose tolerance test (OGTT). The test should be performed using a glucose load containing the equivalent of 75 grams glucose dissolved in water.

Criteria for Impaired Fasting Glucose or Impaired Glucose Tolerance. Diagnosis of impaired glucose tolerance in nonpregnant adults should be restricted to those who have:

☐ Fasting plasma glucose between 110 and 125 mg/dl;

Or

☐ 2-hour oral glucose tolerance test plasma glucose level between 140 and 199 mg/dl.

*(*Internet reference* http://www.diabetes.org/diabetescare/1997-07/pg1183.htm)

ARIZONA DEPT OF HEALTH SERVICES
Timothy Flood MD, Medical Director phone 602-542-7333
Office of Chronic Disease Epidemiology
Room 127; 1400 W Washington St. Phoenix, AZ 85007

UNIVERSITY OF ARIZONA
Rural Health Office
Tucson, AZ

DOUGLAS AREA DIABETES SCREENING #_____

CLIENT RESULT FORM — FORMA DE RESULTADO

Name: _____ Test Date: _____

Blood glucose screening result: _____ mg/dl
Resultado de la prueba de azúcar en la sangre

O Fasting *(en ayunas)*
O Random *(sin ayunar)*

☐ Your screening result is within acceptable limits.
Su resultado está entre los limites normales. Ninguna acción es necesaria.

☐ YOUR RESULT IS ABOVE ACCEPTABLE LIMITS. PLEASE SEE YOUR DOCTOR WITHIN _____ WEEKS FOR FURTHER TESTING. BRING THIS PAPER TO YOUR DOCTOR.
Su resultado está elevado. Por favor, visite a su médico dentro de las proximas ____ semanas para más evaluación. Lleve este papel al médico.

Dear Physician:

The plasma glucose screening test (finger stick method) indicates a need for further evaluation, preferrably a fasting glucose measurement. The recently published criteria* shown below can be useful in performing a confirmatory test.

Thank you.

Adapted from the American Diabetes Association
Diagnostic Criteria (July 1997) for Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance
Non Pregnant Adults

Criteria for the Diagnosis of Diabetes Mellitus. In the absence of unequivocal hyperglycemia with acute metabolic decompensation, these criteria should be confirmed by repeat testing on a different day. The third measure (OGTT) is not recommended for routine clinical use.

☐ Symptoms of diabetes plus casual plasma glucose concentration ≥ 200 mg/dl. Casual is defined as any time of day without regard to time since last meal. The classic signs and symptoms of diabetes mellitus including polydipsia, polyuria, polyphagia, and unexplained weight loss.

Or

☐ Fasting plasma glucose ≥126 mg/dl. Fasting is defined as no caloric intake for at least 8 hours.

Or

☐ 2-hour post glucose load ≥200 mg/dl during an oral glucose tolerance test (OGTT). The test should be performed using a glucose load containing the equivalent of 75 grams glucose dissolved in water.

Criteria for Impaired Fasting Glucose or Impaired Glucose Tolerance. Diagnosis of impaired glucose tolerance in nonpregnant adults should be restricted to those who have:

☐ Fasting plasma glucose between 110 and 125 mg/dl;

Or

☐ 2-hour oral glucose tolerance test plasma glucose level between 140 and 199 mg/dl.

*(*Internet reference* http://www.diabetes.org/diabetescare/1997-07/pg1183.htm)

Appendix 4.

Chronic conditions noted by respondents (Survey questions 24 and 25).^

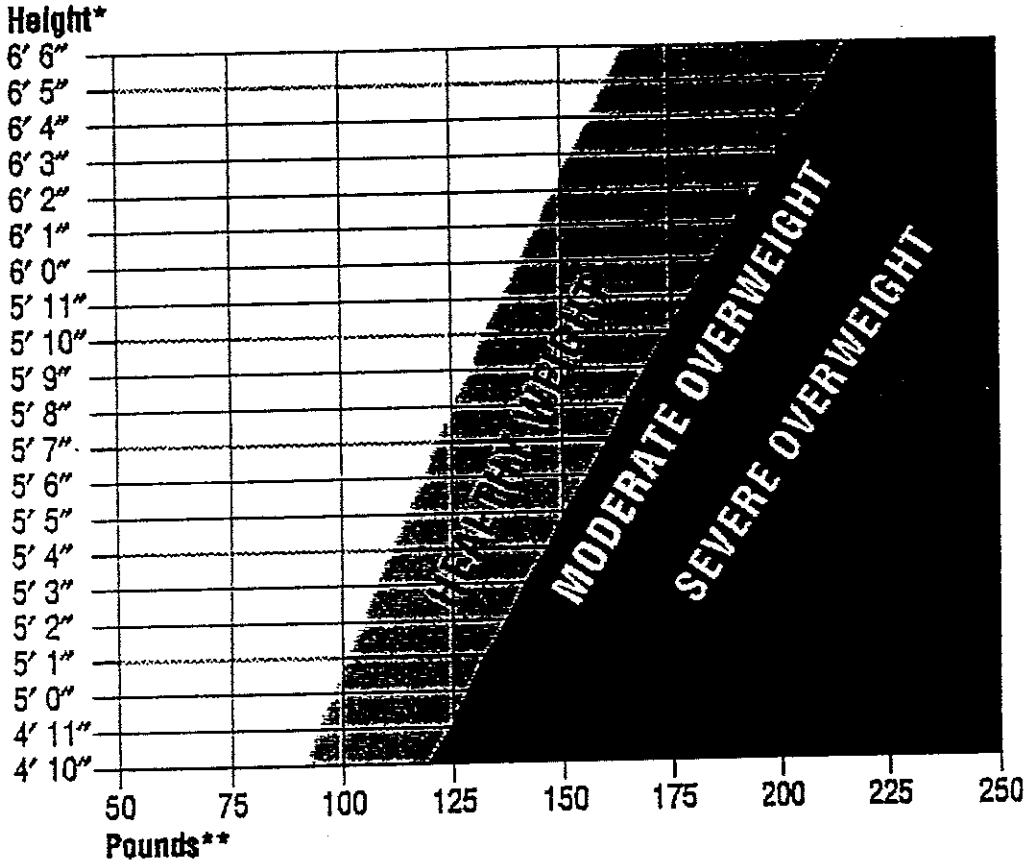
History of condition...	Non Diabetics		Diabetics	
	Number	Percent	Number	Percent
Hypertension	176	22.2	50	40.7
Lung disease	78	9.9	12	9.8
Heart disease	49	6.2	16	13.0
Liver disease	13	1.6	5	4.1
Kidney disease	56	7.1	18	14.6
Circulatory problem	88	11.1	29	24.0
Eye disease	74	9.4	25	20.3
Cancer or leukemia	17	2.1	3	2.4
Stroke	9	1.1	6	4.9

^ A respondent could note the presence of more than one of these conditions.

APPENDIX 5

FIGURE 3

ARE YOU OVERWEIGHT?



* Without shoes.

** Without clothes. The higher weights apply to people with more muscle and bone, such as many men.

Source: Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans, 1995, pages 23-24.

Back to "Balance the food you eat..."

Appendix 6

KEY RISK FACTORS FOR DIABETES

The Behavioral Risk Factor Survey (BRFS) is a federally-funded, random sample of residents in each State. The ADHS administers this telephone-based survey in Arizona and asks questions regarding various health conditions and behaviors. The BRFS is particularly useful in showing the statewide trends of modifiable risk factors for chronic diseases. These risk factors include overweight* (**Figure 5**), physical inactivity (**Figure 6**), and consumption of an unhealthy diet (**Figure 7**).

The trends of these factors may well predict the burden of diabetes, heart disease, stroke, and other chronic diseases that Arizona will face in future decades. These three figures show that Arizonans are failing to control these modifiable risk factors. It also looks highly unlikely that the State will achieve the *Healthy People 2000* Objectives for these risk factors.

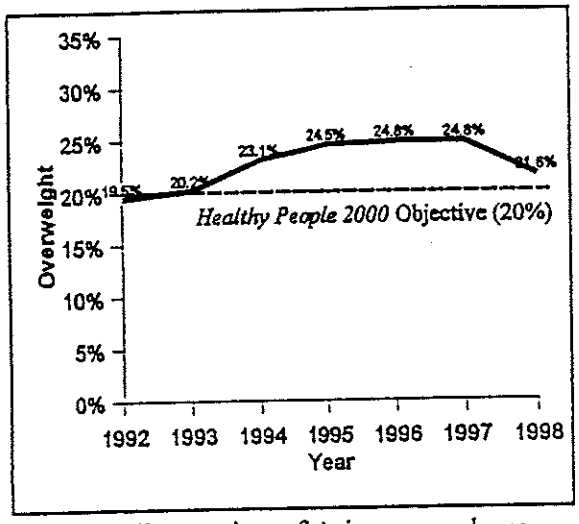


Figure 5. Proportion of Arizonans whose body mass index exceeds the lower limit of overweight (Source: BRFS).

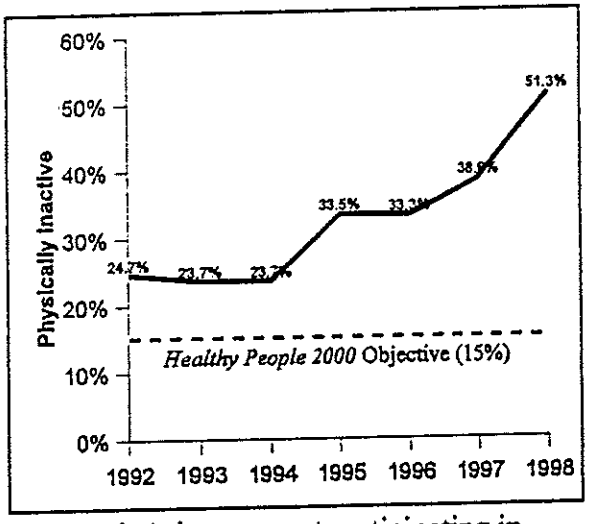


Figure 6. Arizonans not participating in physical activity during leisure time in the past month. (Source: BRFS)

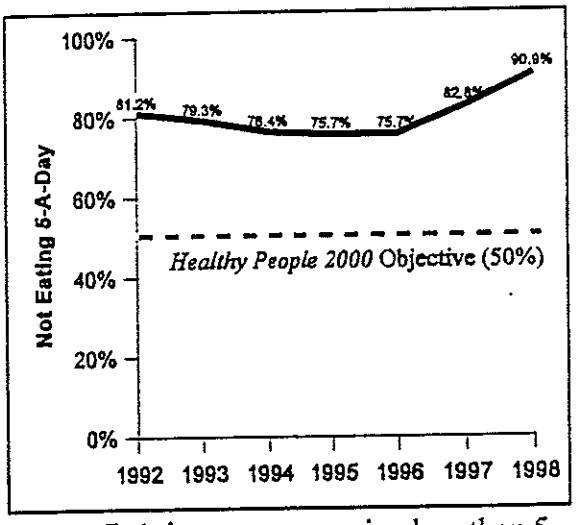


Figure 7. Arizonans consuming less than 5 servings of fruits or vegetables per day (Source: BRFS).

* Overweight: a body mass index (BMI=weight [kg]/height [m^2]) of 27.8 for men and 27.3 for women. These values approximate the sex-specific 85th percentile of BMI, derived from NHANES II for persons aged 20-29 in the United States.

ADHS -- Bureau of Public Health Statistics
contact: Tim Flood, MD or Brian Bender (602)542-7333

Arizona Department of Health Services

Appendix 7

EXPLANATIONS FROM RESPONDENTS WHO DID NOT BELIEVE THEY COULD DO SOMETHING TO PREVENT DIABETES

AVOID CERTAIN FOODS BUT GENETICS HAS A GREATS EMPHASIS
AVOID SWEETS
BECAUSE IT IS HEREDITARY
BECAUSE IT RUNS IN MY FAMILY
BECAUSE SHE NEVER ASKED ABOUT IT
CAN'T CONTROL DUE TO ILLNESS OR TRAUMA IN LIFE IF A PERSON CA
COMER MAS VERDURA DIARIO
CONOCE GENTE QUE COME AZUCAR Y ESTAN BIEN
CREO QUE ES HEREDITARIO
CUIDARSE DE EL STRESS
CUIDARSE DE LA AZUCAR
CUIDARSE MUCHO DEL AZUCAR
DID NOT EXPLAIN
DIET, EXERCISE
DIETA
DOCTORS DON'T KNOW WHY DIABETES EXIST, SO NEITHER DO I. I BEL
DOES NOT KNOW
DOES NOT KNOW HOW TO PREVENT IT
DOESN'T THINK SHE COULD HEREDITARY PREVENT IT
DON'T EAT A LOT OF CANDY
DON'T EAT TOO MUCH SUGAR OR SWEETS
DON'T THINK ABOUT IT
DON'T THINK SHE CAN
ELLA YA ES DIABETICA
EN SU EXPERIENCIA NO SUPO
GENES
HAVE NEVER KNOWN WHY
HE ALREADY HAS IT
HE DOES NOT BELIEVE YOU CAN CONTROL GENETIC IN LIFE THAT CAN
HE DOESN'T KNOW
HE DOESN'T KNOW HOW TO PREVENT DIABETES
HE HARD THAT WHEN YOUR BECAME DIABETES PERSON IS HARD TO GET
HE IS ONE A DIET AND PILLS AND HE IS NOT EATING SUGAR. HE CON
HE WATCHES DIET
HEREDITARY, MANY DIED FROM DIABETES
I BELIEVE IT IS HEREDITARY
I DON'T KNOW
I DON'T KNOW HOW
I DON'T THINK YOU CAN DO ANYTHING ABOUT IT
I DON'T THINK YOU DO ANYTHING
I JUST DON'T KNOW HOW I COULD PREVENT NOT GETTING DIABETES
I JUST DON'T THINK I COULD HAVE IT A HOW I COULD PREVENT
I LIKE TO KNOW MORE
I THINK IT MIGHT BE IN THE FAMILY
I THOUGHT IT IS HEREDITARY
I WILL LIKE TO KNOW MORE ABOUT IT
I'VE NEVER THOUGHT HOW IT COULD EFFECT ME
IF HEUBILY NO YOU CAN'T BUT CAN CONTROL IT
IN SOME CASES IT CAN'T BE PREVENTED
IT COULD BE HEREDITARY
IT'S HEREDITARY

IT'S HEREDITARY
JUST BECAUSE
LIMIT YOUR SODAS AND CANDY
ME GUSTARIA SABER
MY MOTHER IS DIABETIC
NEVER HEAD ABOUT IT
NO BECAUSE IT IS HEREDITARY
NO BUT I WILL LIKE TO KNOW
NO ESTA ENTERADO
NO EXPLANATION
NO HAY MUCHA PUBLICIDAD
NO HAY NADA
NO HAY NADA QUE HACER PORQUE ES HERENCIA
NO HEMOS LEIDO
NO PORQUE ES HEREDITARIO
NO PORQUE ES HERENCIA
NO PORQUE MUCHAS VECES ES GENETICO
NO PREVENTION
NO PUEDE HACERLO
NO PUEDE PREVENIRLO
NO SABE
NO SABE COMO PREVENIRLO
NO SABE COMO PREVENIRSE
NO SABE PORQUE NO HA ESTADO INSTRUIDO
NO SABE PORQUE NO SE HA INSTRUIDO
NO SABEMOS COMO SE DESARROLLA
NO SE PORQUE VIENE POR DIFERENTES FORMAS
NO SE PUEDE PREVENIR, PERO CUANDO LO TIENE SE TIENE CUIDADO
NO SE Y ME GUSTARIA SABER
NO TIENE RESPUESTA
NO, I DON'T THINK YOU CAN DO NOTHING ABOUT IT
NOT EATING TO MANY SWEETS
NUNCA HA TRATADO PORQUE NO SABE QUE HACER
PERO TRATO DE PREVENIR EL AZUCAR
QUIERE SABER
QUIERO PERO NO HAY RESPUESTA
QUIERO SABER
QUIERO SABER MAS
QUISIERA SABER
QUISIERA SABER COMO NO TENERLA
SHE DIDN'T KNOW HOW SHE COULDN'T PREVENT BECAUSE SHE WAS DIAG
SHE HASN'T HEARD ABOUT IT
SHE IS NOT CAPABLE TO TAKE CARE OF HERSELF
SHE SAID NO
SHE SAID SHE DOESN'T HAVE TO DO ANYTHING TO BECAME A DIABETES
SI LE VA A DAR A UNO LE DA
SI YA TE TOCA Y TE TOCO
SOMETHING YOU CAN CONTROL AVOID HERE DIABETES
STOP DRINK SODA
TAKE CARE OF YOUR DIET
TRY TO EAT HEALTHY
YOUR JUST GET DIABETES

Appendix 8.

Age-Adjusted Percent Based on Year 2000 U.S. Standard Population for Adults Age 20 or Older

Age Group	# Diabetics in Douglas Sample	# of Participants in Sample	Percent	Standard Year 2000 Population^	Age-Adjusted Percent
20 -24	1	96	1.04	.093220	.097104
25-29	0	74	0.00	.090487	0
30-34	4	97	4.12	.099623	.410815
35-39	9	115	7.82	.113250	.886303
40-44	7	111	6.31	.114777	.723819
45-49	8	80	10.00	.101129	1.011287
50-54	15	77	19.48	.087945	1.713206
55-59	21	68	30.88	.067945	2.098315
60-64	18	62	29.03	.054398	1.579301
65-69	20	71	28.17	.048047	1.353444
70-74	18	59	30.51	.044554	1.359281
75-79	2	4	50.00	.037860	1.892990
80-84	0	1	0.00	.025019	0
85+	0	0	0.00	.021746	0
Total	123	915	13.44%	1.000000	13.13%

^ These proportions have been adjusted to include only adults age 20 or more. We have removed the population under 20 years of age, and have revised the resulting proportions from the standard million population which the National Center for Health Statistics provides, shown below.

Age	Proportion
<1	0.013818
1-4	0.055317
5-9	0.072533
10-14	0.073032
15-19	0.072169
20-24	0.066478
25-29	0.064529
30-34	0.071044
35-39	0.080762
40-44	0.081851
45-49	0.072118
50-54	0.062716
55-59	0.048454
60-64	0.038793
65-69	0.034264
70-74	0.031773
75-79	0.026999
80-84	0.017642
85+	0.015508