

2008
AZ BRFSS
Sistema de vigilancia de los factores de riesgo
conductuales

Cuestionario

31 de diciembre de 2007

Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales Cuestionario del 2008

Índice

Índice.....	2
Secciones básicas	5
Sección 1: Estado de salud	5
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: Actividad física	7
Sección 6: Diabetes.....	8
Módulo 1: Prediabetes.....	8
Módulo 2: Diabetes.....	9
Sección 7: Salud bucal	11
Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares	12
Sección 9: Asma.....	12
Sección 10: Discapacidad	13
Sección 11: Consumo de tabaco.....	14
Sección 12: Información demográfica	14
Sección 13: Consumo de alcohol.....	20
Sección 14: Vacunas.....	21
Sección 15: Caídas.....	22
Sección 16: Uso del cinturón de seguridad.....	22
Sección 17: Beber y manejar	23
Sección 18: Salud de la mujer	23
Sección 19: Detección del cáncer de próstata	25
Sección 20: Detección del cáncer colorrectal	26
Sección 21: VIH/SIDA.....	28
Sección 22: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	29
Módulo 8: Humo secundario I.....	30
Módulo 9: Antecedentes de asma en adultos	32
Módulo 13: Ansiedad y depresión	35
Módulo 15: Selección aleatoria de niños.....	37
Módulo 16: Prevalencia del asma infantil.....	39
State-Added 1: Osteoporosis	39
State-Added 2: Game Fish Consumption New	40
State-Added 3: West Nile Virus New.....	40
State-Added 4: Pets & Salmonella Prevention New.....	41
State-Added 5: Valley Fever New	42
State-Added 6: Physical Activity Same as BRFSS questions Section 17 2007.....	43
State-Added 7: Hypertension Awareness Same as BRFSS questions.....	44
Sección 8: Frutas y Verduras (added April 2008)	45
State-added 12: Asthma call-back screener.....	46
Closing statement.....	47

Guión para el encuestador

HOLA, llamo de parte del (departamento de salud) . Mi nombre es (nombre) . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de (estado) . 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 para esta encuesta, por lo que desearía hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus prácticas de salud.

¿Hablo con el (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. Disculpe por la molestia. 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. **CUELGUE**

¿Es éste un teléfono celular?

[Lea 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. ¿Cuántos personas de las que viven en su casa, incluido/a 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 1 hombre o 1 mujer a continuación (Pregunte el sexo, de ser necesario). **Pase a la página 5.**

Si la respuesta es "No",

¿El adulto es un hombre o una mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación.

¿Podría hablar con **[indicar (él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior]**?

Pase a "persona encuestada correspondiente" en la próxima página.

¿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 recopilando información acerca de la salud de los residentes de (estado) . 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 para esta encuesta, por lo que desearía hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus prácticas de salud.

Secciones básicas

No le pediré su nombre, dirección ni ninguna otra información personal que pudiera identificarle. Si hay alguna pregunta que no desee contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me brinde será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **(dé el número de teléfono que corresponda al estado)**.

Sección 1: Estado de salud

1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es...?: (73)

Por favor lea:

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

o

- 5 Malo

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 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 estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud física no fue bueno? (74–75)

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

2.2 Con respecto a su estado de 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)

- — Cantidad 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/a
9 9 Se niega a contestar

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

- — Cantidad de días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
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 prepago como los brindados por las HMO (*Health Maintenance Organizations*, u organizaciones de atención médica administrada), u otros planes gubernamentales como Medicare? (80)

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

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

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 de confianza?" (81)

- 1 Sí, solo una
2 Más de una
3 No
7 No sabe / No está seguro/a
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/a
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 los últimos 12 meses máximo
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 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)

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

Sección 5: Actividad física

5.1 En los últimos 30 días, a excepción de su trabajo diario, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería?

(86)

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

Sección 6: Diabetes

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

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿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/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 1: Prediabetes

Nota: solo se les hacen las preguntas de este módulo a quienes contestaron "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.1 (pregunta de concientización sobre la diabetes).

Mod1_1. ¿Se ha hecho un análisis de sangre para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años?

(227)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 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).

Mod1_2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

(228)

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

Módulo 2: Diabetes

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

Mod2_1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (229–230)

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

Mod2_2. ¿Está tomando insulina? (231)

1 Sí
 2 No
 9 Se niega a contestar

Mod2_3. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces en que el control se lo hizo un familiar o un amigo, pero NO cuando el control lo realizó un médico. (232–234)

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/a
 9 9 9 Se niega a contestar

Mod2_4. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces en que el control se lo hizo un familiar o un amigo, pero NO cuando el control lo realizó un médico. (235–237)

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/a
 9 9 9 Se niega a contestar

Mod2_5. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (238–239)

– – Cantidad de veces [76 = 76 o más]
 8 8 Ninguna
 7 7 No sabe / No está seguro/a

9 9 Se niega a contestar

Mod2_6. La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba "A1C" en los últimos 12 meses?

(240–241)

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

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

Mod2_7. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritación?

(242–243)

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

Mod2_8. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(244)

Lea solo si es necesario:

1 En los últimos 30 días máximo
2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes pero menos de 12)
3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
4 Hace 2 años o más

No lea:

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

Mod2_9. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía?

(245)

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

- Mod2_10.** ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (246)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 7: Salud bucal

- 7.1** ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, como por ejemplo los ortodoncistas. (88)

Lea solo si es necesario:

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

No lea:

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

- 7.2** ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encías? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión u ortodoncia. (89)
- Nota: si le extrajeron las muelas del juicio por problemas de caries o de encías, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.**

- 1 1 a 5
- 2 6 o más, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Nota de CATI: si P7.1 = 8 (Nunca) o P7.2 = 3 (Todos), pase a la siguiente sección.

- 7.3** ¿Cuándo fue la última vez en que un dentista o un higienista dental le hizo una limpieza dental? (90)

Lea solo si es necesario:

- 1 En los últimos 12 meses máximo

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

No lea:

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

Sección 8: Prevalencia de las 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 informó que usted tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "Sí", "No", o "No estoy seguro/a".

8.1 ¿Alguna vez le informaron que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (91)

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

8.2 ¿Alguna vez le informaron que usted había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (92)

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

8.3 ¿Alguna vez le informaron que usted había sufrido un accidente cerebrovascular? (93)

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

Sección 9: Asma

9.1 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene asma?

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

9.2 ¿Aún tiene asma? (95)

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

Sección 10: Discapacidad

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

10.1 ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (96)

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

10.2 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? (97)

Incluya el uso ocasional o el uso específico de estos equipos en ciertas circunstancias.

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

11.2 **Actualmente**, ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca lo hace? (99)

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | Algunos días | |
| 3 | Nunca lo hace | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

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

Sección 12: Información demográfica

12.1 ¿Qué edad tiene? (101–102)

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

12.2 ¿Es usted hispano/a o latino/a? (103)

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

12.3 ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece?

(104–109)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Por favor lea:

- 1 Blanco/a
- 2 Negro/a o afroamericano/a
- 3 Asiático/a
- 4 Nativo/a de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano/a o nativo/a de Alaska

u

- 6 Otra [especifique] _____

No lea:

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

Nota de CATI: en caso de múltiples respuestas 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?

(110)

- 1 Blanco/a
- 2 Negro/a o afroamericano/a
- 3 Asiático/a
- 4 Nativo/a de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano/a o nativo/a de Alaska
- 6 Otros [especifique] _____

No lea:

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

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

(111)

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

12.6 ¿Usted...? (112)

Por favor lea:

- 1 Está casado/a
- 2 Está divorciado/a
- 3 Es viudo/a
- 4 Está separado/a
- 5 Nunca se ha casado

o

- 6 Vive en pareja pero sin estar casado/a

No lea:

- 9 Se niega a contestar

12.7 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (113–114)

- — Cantidad de niños
- 8 8 Ninguno
- 9 9 Se niega a contestar

12.8 ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? (115)

Lea 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 Del 9.º al 11.º grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado/a 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 (graduado/a universitario/a)

No lea:

- 9 Se niega a contestar

12.9 Actualmente, ¿usted...? (116)

Por favor lea:

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

o

8 Está incapacitado/a para trabajar

No lea:

9 Se niega a contestar

12.10 Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son: (117–118)

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

Lea solo si es necesario:

0 4 Menos de \$25,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 05; si la respuesta es "Sí", pregunte 03**
(entre \$20,000 y menos de \$25,000)

0 3 Menos de \$20,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 04; si la respuesta es "Sí", pregunte 02**
(entre \$15,000 y menos de \$20,000)

0 2 Menos de \$15,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 03; si la respuesta es "Sí", pregunte 01**
(entre \$10,000 y menos de \$15,000)

0 1 Menos de \$10,000 **Si la respuesta es "No", codifique 02**

0 5 Menos de \$35,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 06**
(entre \$25,000 y menos de \$35,000)

0 6 Menos de \$50,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 07**
(entre \$35,000 y menos de \$50,000)

0 7 Menos de \$75,000 **Si la respuesta es "No", codifique 08**
(entre \$50,000 y menos de \$75,000)

0 8 \$75,000 o más

No lea:

7 7 No sabe / No está seguro/a

9 9 Se niega a contestar

12.11 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (119–122)

Nota: si la persona encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 119.

Redondee los decimales hacia arriba

— — — —	de peso
(libras/kilos)	
7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9 9	Se niega a contestar

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

12.12 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (123–126)

Nota: si la persona encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 123.

Redondee los decimales hacia abajo

__ / __ de estatura
(pies/ pulgadas/metros/centímetros)
7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
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. (127–130)

Nota: si la persona encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 127.

Redondee los decimales hacia arriba

__ __ __ __ de peso
(libras/kilos)
7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 9 Se niega a contestar

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

12.14 ¿La diferencia de peso entre el año pasado y ahora ha sido intencional? (131)

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

12.15 ¿En qué condado vive? (132–134)

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

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

(135-139)

— — — — —	Código postal
7 7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9 9 9	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.

(140)

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

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

(141)

—	Números de teléfono particulares [6 = 6 o más]
7	No sabe / No está seguro/a
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 o desastres naturales.

(142)

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

12.20 Indique el sexo de la persona encuestada. Pregunte solo si es necesario.

(143)

1	Masculino	[Pase a la siguiente sección]
2	Femenino	[Si la encuestada tiene 45 años o más, pase a la siguiente sección]

12.21 Que usted sepa, ¿está embarazada?

(144)

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

Sección 13: Consumo de alcohol

13.1 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? (145)

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

13.2 En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (146–148)

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

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

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

(149–150)

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

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

(151–152)

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

13.5 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma ocasión?

(153–154)

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

Sección 14: Vacunas

14.1 La vacuna inyectable contra la gripe (*influenza o flu*, en inglés) se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido la vacuna inyectable contra la gripe? (155)

- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P14.3] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a P14.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P14.3] |

14.2 ¿En qué mes y año recibió la vacuna inyectable contra la gripe por última vez? (156–161)

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

14.3 En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguna vacuna contra la gripe que se administre con atomizador nasal? La vacuna contra la gripe que se administra con atomizador nasal se conoce también como FluMist™. (162)

- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P14.5] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a P14.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P14.5] |

14.4 ¿En qué mes y año recibió usted por última la vacuna contra la gripe que se administra con atomizador nasal? (163–168)

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

14.5 Por lo general, la vacuna inyectable contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces durante la vida de una persona, y es diferente de la vacuna inyectable contra la gripe. ¿Alguna vez ha recibido la vacuna inyectable contra la neumonía? (169)

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

Sección 15: 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.

15.1 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	

15.2 **[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]

Sección 16: Uso del cinturón de seguridad

16.1 ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un carro? ¿Diría usted que...? (174)

Por favor lea:

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

No lea:

7	No sabe / No está seguro/a
8	Nunca maneja ni viaja en carro
9	Se niega a contestar

Nota de CATI: si P16.1 = 8 (Nunca maneja ni viaja en carro), pase a la Sección 18; de no ser así, continúe.

Sección 17: Beber y manejar

Nota de CATI: si P13.1 = 2 (No), pase a la siguiente sección.

La pregunta siguiente se refiere a manejar en estado de ebriedad.

17.1 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha manejado después de haber bebido quizá demasiado?
(175–176)

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

Sección 18: Salud de la mujer

Nota de CATI: si la persona encuestada es hombre, pase a la siguiente sección.

Las preguntas siguientes se refieren al cáncer de mama y al cáncer cervical.

18.1 La mamografía es una radiografía que se realiza a cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?
(177)

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P18.3] |
| 7 | No sabe / No está segura | [Pase a P18.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P18.3] |

18.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?
(178)

Lea solo si es necesario:

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

No lea:

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

18.3 Un examen clínico de mama es aquel mediante el cual un médico, una enfermera u otro profesional de la salud palpa los senos de la paciente para detectar la posible existencia de bultos. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de mama? (179)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P18.5]
- 7 No sabe / No está segura [Pase a P18.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P18.5]

18.4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (180)

Lea solo si es necesario:

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

No lea:

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

18.5 El PAP (Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cáncer en el cuello del útero. ¿Alguna vez se ha hecho un PAP? (181)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P18.7]
- 7 No sabe / No está segura [Pase a P18.7]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P18.7]

18.6 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo el PAP? (182)

Lea solo si es necesario:

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

No lea:

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

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.21 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente sección.

18.7 ¿Le han practicado una histerectomía? (183)

Lea solo si es necesario: la histerectomía es una cirugía mediante la cual se extrae el útero (la matriz).

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

Sección 19: Detección del cáncer de próstata

Nota de CATI: si la persona encuestada tiene ≤ 39 años, o es mujer, pase a la siguiente sección.

Ahora le haré algunas preguntas sobre los exámenes de detección del cáncer de próstata.

19.1 La prueba del antígeno prostático específico, llamada también prueba del PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se usa para detectar el cáncer de próstata en los hombres. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del PSA? (184)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P19.3]
- 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a P19.3]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P19.3]

19.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del PSA? (185)

Lea solo si es necesario:

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

No lea:

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

19.3 El tacto rectal es un examen en el que un médico, un enfermero u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamaño, la forma y la dureza de la glándula prostática. ¿Alguna vez le han hecho un tacto rectal? (186)

- 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]

19.4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un tacto rectal? (187)

Lea solo si es necesario:

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

No lea:

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

19.5 ¿Alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene cáncer de próstata? (188)

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

Sección 20: Detección del cáncer colorrectal

Nota de CATI: si la persona encuestada tiene ≤ 49 años, pase a la siguiente sección.

20.1 La prueba de sangre en las heces se puede hacer en casa con un kit especial para detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit de uso doméstico? (189)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P20.3]
- 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a P20.3]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P20.3]

20.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit de uso doméstico?

(190)

Lea solo si es necesario:

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

No lea:

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

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

(191)

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

20.4 Para realizar la SIGMOIDOSCOPIA se inserta un tubo flexible en el recto para detectar posibles problemas. La COLONOSCOPIA es un examen similar, pero se utiliza un tubo más largo. Por lo general, a usted se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya a hacerse el examen acompañado de alguien más que pueda llevarlo a la casa después del procedimiento. ¿El ÚLTIMO examen que se realizó fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(192)

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

20.5 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(193)

Lea solo si es necesario:

- 1 En los últimos 12 meses máximo
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 **En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)**
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
- 5 En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10)
- 6 Hace 10 años o más

No lea:

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

Sección 21: VIH/SIDA

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

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud creado por 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 haremos preguntas sobre las pruebas, no le pediremos los resultados de las pruebas que usted se haya hecho.

21.1 ¿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. (194)

- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P21.5] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a P21.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P21.5] |

21.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (195–200)

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

Instrucción de CATI: si la persona encuestada recuerda el año pero no recuerda el mes, marque el código de dos dígitos 77 y los últimos cuatro dígitos del año.

- | | |
|---|----------------------------|
| <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> | Codifique mes y año |
| 77/7777 | No sabe / No está seguro/a |
| 99/9999 | Se niega a contestar |

21.3 ¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH: en el consultorio de un médico particular, en el consultorio de una HMO, en un centro de consejería y pruebas, en un hospital, en un centro de atención médica, en una cárcel o prisión, en una institución de tratamiento de la drogadicción, en la casa o en cualquier otro sitio? (201–202)

- | | |
|-----|--|
| 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 de la drogadicción |
| 0 7 | En la casa |
| 0 8 | En cualquier otro sitio |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar |

Nota de CATI: pregunte P21.4 si P21.2 = En los últimos 12 meses. De no ser así, pase a P21.5.

21.4 ¿Se trató de una prueba rápida que le permitió conocer los resultados en un par de horas? (203)

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

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

- En los últimos doce meses usted ha consumido drogas intravenosas.
- En los últimos doce meses a usted se le ha tratado por alguna enfermedad de transmisión sexual o venérea.
- En los últimos doce meses usted ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.
- En los últimos doce meses usted ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted? (204)

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

Sección 22: 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.

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

Nota para el encuestador: si se lo preguntan, diga "Por favor incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente". (205)

Por favor lea:

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

No lea:

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

22.2 En términos generales, ¿cuán satisfecho/a está con su vida?

(206)

Por favor lea:

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

No lea:

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

Módulo 8: Humo secundario I

Las siguientes preguntas están relacionadas con la exposición al humo secundario.

Nota: si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador(a) independiente) continúe. De no ser así, pase a P2.

Mod8_1. ¿Cuántos días en los últimos 7 días alguien fumó en el espacio cerrado de su lugar de trabajo mientras usted estaba ahí?

(285–286)

- Cantidad de días (1 a 7 días)
- 5 5 No trabajó en los últimos 7 días
- 6 6 No trabaja en espacios cerrados la mayor parte del tiempo
- 8 8 Ninguno

No lea:

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

Mod8_2. ¿Cuántos días en los últimos 7 días alguien fumó en su casa mientras usted estaba ahí?

(287–288)

- Cantidad de días (1 a 7 días)
- 5 5 No estuvo en casa en los últimos 7 días
- 8 8 Ninguno

No lea:

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

Mod8_3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa? No incluya terrazas, garajes ni porches.

(289)

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en ningún lugar dentro de la casa
- 2 Se permite fumar únicamente en ciertos lugares o en ciertas ocasiones
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de la casa

o

- 4 No hay reglas en cuanto a fumar dentro de la casa

No lea:

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

Mod8_4. En los bares, ¿usted **CREE** que debe permitirse fumar en todas las áreas, en algunas áreas o en ningún lugar?

(290)

Por favor lea:

- 1 Debe permitirse fumar en todas las áreas
- 2 Debe permitirse fumar en algunas áreas
- 3 No debe permitirse fumar en ningún lugar

No lea:

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

Mod8_5. En los restaurantes, ¿usted **CREE** que debe permitirse fumar en todas las áreas, en algunas áreas o en ningún lugar?

(291)

Por favor lea:

- 1 Debe permitirse fumar en todas las áreas
- 2 Debe permitirse fumar en algunas áreas
- 3 No debe permitirse fumar en ningún lugar

No lea:

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

Mod8_6. Dentro de los lugares de trabajo que están en espacios cerrados, ¿usted **CREE** que debe permitirse fumar en todas las áreas, en algunas áreas o en ningún lugar?

(292)

Por favor lea:

- 1 Debe permitirse fumar en todas las áreas
- 2 Debe permitirse fumar en algunas áreas
- 3 No debe permitirse fumar en ningún lugar

No lea:

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

Módulo 9: Antecedentes de asma en adultos

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P9.1 es "Sí", continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

Usted dijo anteriormente que un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le informó que usted tenía asma.

Mod9_1. ¿Qué edad tenía cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le informó por primera vez que usted tenía asma? (293–294)
1.

- — Edad en años 11 o más [96 = 96 y más]
- 9 7 10 años o menos
- 9 8 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P9.2 es "Sí", continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

Mod9_2. ¿Ha tenido algún episodio o ataque de asma en los últimos 12 meses? (295)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P5]
- 7 No sabe / Se niega a contestar [Pase a P5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P5]

Mod9_3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencias debido al asma? (296–297)

- — Cantidad de visitas [87 = 87 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Mod9_4. [Si la respuesta a P3 es una o más visitas, pregunte “Además de esas visitas a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencias”,] En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud para recibir tratamiento de urgencia debido al empeoramiento de los síntomas del asma?

(298–299)

- – Cantidad de visitas [87 = 87 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Mod9_5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, enfermera u otro profesional de la salud para hacerse un chequeo de rutina del asma?

(300-301)

- – Cantidad de visitas [87 = 87 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Mod9_6. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días debió ausentarse del trabajo o suspender sus actividades habituales debido al asma?

(302–304)

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

Mod9_7. Los síntomas del asma incluyen tos, sibilancia, dificultad para respirar, presión en el pecho y producción de flema sin que usted tenga resfriado o una infección respiratoria. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma del asma? ¿Diría usted que...?

(305)

Por favor lea:

- 8 En ningún momento [Pase a P9]
- 1 Menos de una vez por semana
- 2 Una o dos veces por semana
- 3 Más de 2 veces por semana, pero no todos los días
- 4 Todos los días, pero no todo el tiempo
- o
- 5 Todos los días, todo el tiempo

No lea:

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

Mod9_8. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días los síntomas del asma le impidieron o le dificultaron dormir? ¿Diría usted que...?

(306)

Por favor lea:

- 8 Ninguno
- 1 Uno o dos
- 2 De tres a cuatro
- 3 Cinco
- 4 De seis a diez
-
- 5 Más de diez

No lea:

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

Mod9_9. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días tomó un medicamento de venta bajo receta para EVITAR un ataque de asma?

(307)

Por favor lea:

- 8 Ninguno
- 1 De 1 a 14 días
- 2 De 15 a 24 días

- 3 De 25 a 30 días

No lea:

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

Mod9_10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un inhalador de venta bajo receta para DETENER UN ATAQUE DE ASMA?

(308)

Instrucciones para el encuestador: la frecuencia (cantidad de veces) NO significa la cantidad de inhalaciones (descargas). En general, cada vez que se utiliza el inhalador se realizan de dos a tres descargas.

Lea solo si es necesario:

- 8 Nunca (incluya a las personas que no hayan tenido ataques en los últimos 30 días)
- 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)
- 2 De 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)
- 3 De 15 a 29 veces (en los últimos 30 días)
- 4 De 30 a 59 veces (en los últimos 30 días)
- 5 De 60 a 99 veces (en los últimos 30 días)
- 6 Más de 100 veces (en los últimos 30 días)

No lea:

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

Módulo 13: Ansiedad y depresión

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de ánimo. Al contestar estas preguntas, le pedimos el favor de que piense en la cantidad de días en que ha ocurrido lo siguiente en las últimas 2 semanas.

Mod13_1. Durante las últimas 2 semanas ¿cuántos días ha sentido poco interés o placer en las cosas que hace? (321–322)

- – De 1 a 14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Mod13_2. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido triste, deprimido/a o desesperanzado/a? (323–324)

- – De 1 a 14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Mod13_3. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para dormir o mantener el sueño o ha dormido demasiado? (325–326)

- – De 1 a 14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Mod13_4. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido cansado/a o tenía poca energía? (327–328)

- – De 1 a 14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Mod13_5. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días tuvo poco apetito o comió en exceso? (329–330)

- – De 1 a 14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a

Mod13_6. 9 9 Se niega a contestar
Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió mal acerca de usted mismo/a o sintió que era un fracaso o que había defraudado a su familia o a sí mismo/a?
(331–332)

– – De 1 a 14 días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

Mod13_7. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o mirar la televisión?
(333–334)

– – De 1 a 14 días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

Mod13_8. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha caminado o hablado en forma tan lenta que la gente pudo haberlo notado? O lo contrario – ¿ha estado tan inquieto/a o agitado/a o que se la pasaba yendo de un lado para otro más de lo normal?
(335–336)

– – De 1 a 14 días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

Mod13_9. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía un trastorno de ansiedad (como trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad social)?
(337)

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

Mod13_10. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico o un profesional de la salud que usted tiene un trastorno depresivo (como depresión, depresión mayor, distimia o depresión menor)?
(338)

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

Módulo 15: 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 lea: “Anteriormente usted mencionó que en su casa había un niño / una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre él/ella”. **[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, Encuestador, por favor lea: “Anteriormente usted mencionó que en su casa había [cantidad] niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño / la niña mayor es el primero / la primera y el/la menor es el último / la última”. Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

Instrucción de CATI: elija al azar uno de los niños. Este es el niño número “X⁰”. En todas las preguntas que figuran a continuación, sustituya la “X” por el número correspondiente al niño elegido.

Encuestador, por favor lea:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que me referiré es el “X⁰” **[CATI: por favor indique el número correspondiente]** de los niños que viven en su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al “X⁰” niño **[CATI: por favor llene los espacios]**.

Mod15_1. ¿En qué mes y año nació el “X⁰” niño?

(366–371)

_ _ / _ _	Codifique mes y año
7 7 / 7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 / 9 9 9 9	Se niega a contestar

Instrucción de CATI: calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también en años (EDADNIÑO2=0 a 17) en base a la fecha de la encuesta y al mes y al año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el día de nacimiento. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese la cantidad calculada de meses en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene ≥ 12 años, ingrese la cantidad calculada de meses en EDADNIÑO1 y escriba en EDADNIÑO2=Truncado (EDADNIÑO1/12).

Mod15_2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña?

(372)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

Mod15_3. ¿Es el niño / la niña hispano/a o latino/a?

(373)

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

Mod15_4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría usted que es la raza del niño / de la niña?

(374–379)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Por favor lea:

- 1 Blanco/a
- 2 Negro/a o afroamericano/a
- 3 Asiático/a
- 4 Nativo/a de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska

u

- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

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

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

Mod15_5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño / de la niña?

(380)

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

Mod15_6. ¿Qué relación tiene usted con el niño / la niña?

(381)

Por favor lea:

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológicos, padrastro o madrastra o padre o madre adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor o padre o madre que acoge al niño sin haberlo adoptado
- 4 Hermano o hermana (incluya hermano o hermana biológicos, hermanastro o hermanastra o hermano o hermana adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

No lea:

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

Módulo 16: Prevalencia del 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.

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

Mod16_1. ¿En alguna ocasión, algún médico u otro profesional de la salud le informó que el niño / la niña tenía asma? (382)

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

Mod16_2. ¿El niño aún tiene asma? (383)

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

State-Added 1: Osteoporosis

{Ask of ALL}

La osteoporosis (os-tee-oh-por-o-sis) es una enfermedad en la que los huesos se debilitan y se quiebran (fracturan) más fácilmente. No es lo mismo que la artrosis, que es una enfermedad de las articulaciones.

AZ7_1 ¿Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha informado ALGUNA VEZ que tiene osteoporosis?

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

State-Added 2: Game Fish Consumption New

{Ask of ALL}

AZ2_1 ¿En los últimos 12 meses, ingirió pescado que usted o alguna persona de su conocimiento atrapara en un lago, río o arroyo de Arizona? No incluya mariscos ni pescados provenientes de almacenes, mercados ni restaurantes.

- 1 Yes
- 2 No **[go to next section]**
- 7 Don't know/Not sure **[go to next section]**
- 9 Refused **[go to next section]**

AZ2_2 ¿En los últimos 30 días, cuántas veces ingirió pescado que usted o alguna persona de su conocimiento atrapara en un lago, río o arroyo de Arizona? No incluya mariscos ni pescados provenientes de almacenes, mercados ni restaurantes.

- _ _ Number of days [Enter response 1-30]
- 8 8 None
- 7 7 Don't know / Not sure
- 9 9 Refused

AZ2_3 ¿Cuando ingiere pescado salvaje, cuántas porciones consume generalmente en una comida? Una porción de pescado pesa 3 onzas (85 gramos), equivalente a una pieza del tamaño de un mazo de cartas o de la palma de la mano.

- _ _ Number of portions
- 8 8 None
- 7 7 Don't know / Not sure
- 9 9 Refused

State-Added 3: West Nile Virus New

{Ask of ALL}

AZ3_1 ¿Durante el verano pasado, con qué frecuencia advirtió la presencia de mosquitos en su hogar o cerca de él por la noche?

- Diría usted...**
- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 5 Nunca
- Do not read**
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

AZ3_2 ¿Si existe un problema local con los mosquitos, hasta qué grado le preocupan las enfermedades como el virus del Nilo Occidental lo suficiente como para utilizar repelentes para insectos sobre la piel o ropa? Diría usted...

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 5 Nunca

Do not read

- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

AZ3_3 ¿El verano pasado, tomó alguna medida para evitar la reproducción de mosquitos alrededor de su vivienda, como por ejemplo vaciar o quitar recipientes que contuvieran agua, tales como macetas, neumáticos, baldes, y realizó un adecuado mantenimiento de las piscinas?

Diría usted...

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 5 Nunca

Do Not Read

- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

State-Added 4: Pets & Salmonella Prevention New

{Ask of ALL}

AZ4_1 ¿Posee usted o un integrante de su familia inmediata algún reptil o anfibio como mascota, por ejemplo lagartos, tortugas, serpientes, ranas, sapos o salamandras?

- 1 Yes
- 2 No **[go to next section]**
- 7 Don't know/Not sure **[go to next section]**
- 9 Refused **[go to next section]**

AZ4_2 ¿Con qué frecuencia usted o algún miembro de su familia toma medidas, por ejemplo lavarse las manos con jabón después de tocar las mascotas o de asear las jaulas, para evitar infecciones como la salmonelosis?

Diría usted...

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 5 Nunca
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

State-Added 5: Valley Fever New

{Ask of ALL}

AZ5_1 ¿Hace cuántos años en total que vive en Arizona?

____ Years [CATI RANGE CHECK – DO NOT ALLOW RESPONSE > s12q1]
0 0 0 < 1 Year
7 7 7 Unknown
9 9 9 Refused

Ahora le haré preguntas acerca de la fiebre del valle.

AZ5_2 ¿Considera usted que la fiebre del valle es un problema de salud significativo en Arizona?

Please Read:

- 1 Nunca he escuchado acerca de la fiebre del valle. [go to next section]
- 2 Sí. Considero que la fiebre del valle es un problema de salud.
- 3 No. No considero que la fiebre del valle sea un problema de salud.

Do Not Read

- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

AZ5_3 ¿Cómo se enteró de la fiebre del valle?

Please read

- 01 Proveedor de atención médica
- 02 Familiar, amigo o compañero de trabajo
- 03 Otra persona
- 04 TV
- 05 Radio
- 06 Internet
- 07 Periódico o revista
- 08 Otro

Do Not Read

- 66 I have never heard of valley fever [go to next section]
- 77 Don't know / Not sure

99 Refused

AZ5_4 ¿Cómo se contrae la fiebre del valle?

Please read

- 1 Por contacto cercano con otra persona que tenga fiebre del valle
- 2 Por un monzón
- 3 Por inundaciones o a través del agua
- 4 Por la inhalación de esporas que se encuentran en el polvo
- 5 Por la picadura de mosquitos u otros insectos

Do Not Read:

- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

State-Added 6: Physical Activity Same as BRFSS questions Section 17 2007

{CATI: If S12q9 = 1 or 2 continue; else go to AZ6_2}

AZ6_1 Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diría usted que...

[Si el encuestado / la encuestada tiene varios trabajos, inclúyalos todos.]

Por favor lea:

- 1 Está sentado/a o de pie la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- 3 Realiza trabajos pesados o que requieren un gran esfuerzo físico la mayor parte del tiempo.

Do Not Read:

- 7 Don't know/Not Sure
- 9 Refused

Estamos interesados en dos tipos de actividad física: enérgica y moderada. Las actividades enérgicas aceleran en gran medida la respiración y el ritmo cardíaco, en tanto que las actividades moderadas solamente generan un pequeño aumento de los mismos.

AZ6_2 Ahora, considerando las actividades moderadas que usted realiza [fill in “cuando no está trabajando” si el encuestado / la encuestada está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar tareas de jardinería o cualquier otra actividad que pueda acelerar el ritmo respiratorio o cardíaco?

- 1 Yes
- 2 No **[Go to AZ6_5]**
- 7 Don't know/Not sure **[Go to AZ6_5]**
- 9 Refused **[Go to AZ6_5]**

AZ6_3 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos?

- __ Days per week
- 77 Don't know / Not sure **[Go to AZ6_5]**
- 88 Do not do any moderate physical activity for at least 10 minutes at a time **[Go to AZ6_5]**
- 99 Refused **[Go to AZ6_5]**

AZ6_4 Los días en que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades?

_: _ Hours and minutes per day
777 Don't know / Not sure
999 Refused

AZ6_5 Considerando las actividades intensas que usted realiza [complete con “cuando no está trabajando” si está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, como correr, hacer ejercicios aeróbicos, trabajos pesados en el jardín o cualquier otra actividad que pueda provocar un gran aumento en el ritmo respiratorio o cardíaco?

1 Yes
2 No **[Go to next section]**
7 Don't know/Not sure **[Go to next section]**
9 Refused **[Go to next section]**

AZ6_6 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos?

_ _ Days per week
77 Don't know / Not sure **[go to next section]**
88 Do not do any vigorous physical activity for at least 10 minutes at a time **[go to next section]**
99 Refused **[go to next section]**

AZ6_7 En los días en que realiza actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades?

_: _ Hours and minutes per day
777 Don't know / Not sure
999 Refused

State-Added 7: Hypertension Awareness Same as BRFSS questions

{Ask of ALL}

AZ7_1 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía presión arterial alta?

[Interviewer: If “Yes” and respondent is female, ask: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”]

1 Yes
2 Yes, but female told only during pregnancy **[Go to next section]**
3 No **[Go to next section]**
4 Told borderline high or pre-hypertensive **[Go to next section]**

- 7 Don't know/Not Sure [**Go to next section**]
- 9 Refused [**Go to next section**]

AZ7_2 ¿Está tomando actualmente algún medicamento para la presión arterial alta?

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

Sección 8: Frutas y Verduras (added April 2008)

Las siguientes preguntas se refieren a las cosas que usted suele comer o beber. Por favor dígame con qué frecuencia come o bebe cada una de las siguientes cosas, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etc. Recuerde que solamente estoy interesado en los alimentos y las bebidas que *usted* consume. Incluya todos los alimentos que *usted* ingiera, tanto dentro como fuera de su casa.

AZ8_1 ¿Con qué frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, pomelo o tomate?

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 4 __ Por año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

AZ8_2 Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come fruta?

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 4 __ Por año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

AZ8_3 ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes?

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 4 __ Por año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

AZ8_4 ¿Con qué frecuencia come patatas, sin contar patatas salteadas, patatas fritas o patatas "chips"?

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 4 __ Por año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

AZ8_5 ¿Con qué frecuencia come zanahorias?

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 4 __ Por año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

AZ8_6 Sin contar las zanahorias, las patatas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras suele comer? (Ejemplo: Una porción de verduras al almuerzo y una a la cena serían dos porciones.)

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 4 __ Por año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

State-added 12: Asthma call-back screener

{Arizona will participate in the Adult and Child Asthma survey}

{If s9q1 or s9q2=1 or Mod16_1 or Mod16_2=1, continue, else go to closing}

{If ADULT only, proceed with ADULT; IF CHILD only, proceed with CHILD; If ADULT AND CHILD, proceed to Asthma Selection}

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

Ast1. Desearíamos llamarlo de nuevo dentro de las próximas 2 semanas para hablar más detalladamente sobre las experiencias con el asma (sus experiencias o las de su hijo). La información se utilizará para crear y mejorar programas contra el asma en Arizona.

La información que nos proporcionó hoy y toda información que nos facilite en el futuro será confidencial. Si está de acuerdo, conservaremos su número de teléfono en nuestros registros, en un archivo diferente de las respuestas proporcionadas hoy.

Independientemente de que ahora acepte, puede negarse a participar en el futuro.

¿Aceptaría que nos comuniquemos más adelante con usted para formularle otras preguntas relacionadas con el asma?

- 1 Yes
- 2 No **[go to next section]**

Astcb. ¿Puede darme (**complete con:** su nombre de pila o iniciales/el nombre de pila o iniciales de su hijo) para poder saber con quién pedimos hablar cuando lo llamemos nuevamente?

- 1 Yes: schedule a date and time for callback. _____
- 2 No, appointment not scheduled

Closing statement

Por favor lea:

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán para brindarnos información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

//Add contact information or IVR number here.