1999
Behavioral Risk Factor Surveillance System
Spanish Questionnaire

CORE SECTIONS

Section 1: Health Status 3
Section 2: Health Care Access 5
Section 3: Hypertension Awareness 10
Section 4: Cholesterol Awareness 11
Section 5: Diabetes 12
Section 6: Oral Health 13
Section 7: Skin Cancer 15
Section 8: Tobacco Use 16
Section 9: Alcohol Consumption 18
Section 10: Demographics 20
Section 11: Women's Health 25
Section 12: Immunization 29
Section 13: Colorectal Cancer Screening 30
Section 14: Injury Control 32
Section 15: HIV/AIDS 34

OPTIONAL MODULES

Module 1: Diabetes 40
Module 2: Sexual Behavior 44
Module 3: Family Planning 48
Module 4: Health Care Coverage 53
Module 5: Health Care Utilization 57
Module 6: Asthma 62
Module 7: Preventive Counseling Services 63
Module 8: Cardiovascular Disease 66
Module 9: Arthritis 70
Module 10: Fruits and Vegetables 72
Module 11: Exercise 75
Module 12: Weight Control 79
Module 13: Folic Acid 81
Module 14: Skin Cancer 83
Module 15: Social Context 86
Module 16: Tobacco Use Prevention 88
Module 17: Smokeless Tobacco 90
Quality of Life (Not included in 1999 data file layout) 91

1999 BRFSS Spanish Questionnaire

FIPS STATE CODE	GEOGRAPHIC STRATUM	HOUSEHOLD DENSITY STRATUM	PSU NUMBER	RECORD NUMBER	DATE OF FINAL DISPOSITION M M D D Y Y Y Y	INTER-VIEWER ID

HOLA. Soy _____llamando para el _____. Estamos haciendo un estudio de los hábitos de salud de los habitantes de _____. Su número de teléfono ha sido seleccionado al azar por el _____ para ser incluido en el estudio, y nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que las personas hacen que podría afectar su salud.

¿Es ésta el

Area code	Prefix	Suffix
(24-26)	(27-29)	(30-31)

No

Muchas gracias, pero parece que he marcado el número equivocado. Es posible que llamemos a su numero en el futuro. **STOP**

Es ésta una residencia privada?

No

Muchas gracias, pero sólo estamos entrevistando en residencias privadas.

	Date	Time	Time	Time	Comments
Line busy					
Ž					
No answer					

Appointments:

	Today's Date/time	Spoke with	Ask for	Callback date/time	ID	Comments
1.						
2.						

Refusals:

	Date/time	Spoke with	ID	Comments
1st				
2nd				

Call Disposition Codes

Edited by: _____

01 - Completed interview. 02 - Refused interview. 03 - Nonworking number. 04 - Ring, no answer. 05 - Not a private residence	07 - Selected respondent not available during the interviewing period. 08 - Language barrier. 09 - Interview terminated within questionnaire. 10 - Line busy. 11 - Selected respondent unable to communicate due to physical or mental impairment.

06 - No eligible respondent at this number

Date: ____ / ____ / ____

Final disposition: [ ][ ] (32-33)

Wind [ ] (34)

ANNUAL SEQUENCE NUMBER	NUMBER OF ATTEMPTS	NUMBER OF SAMPLE RECORDS SELECTED FROM STRATUM
(35-44)	(45-46)	(47-52)

NUMBER OF TELEPHONE NUMBERS IN STRATUM FROM WHICH SAMPLE WAS SELECTED	BASIC PROBABILITY OF SELECTION WEIGHT	WAKSBERG STAGE NUMBER
(53-61)	(62-71)	(72)

Nuestro estudio requiere que seleccionemos aleatoriamente a un adulto que viva en su casa para ser entrevistado. ¿Cuántos miembros de su casa, incluyéndolo a usted, tienen dieciocho años o más?

(73-74)

If "1" ¿Es usted el adulto?

If "yes" Entonces usted es la persona con la cual necesito hablar. **Go to page 3**

If "no" ¿Puedo hablar con el o ella? **Go to "correct respondent" at bottom of page**

¿Cuántos de esos adultos son hombres y cuántas son mujeres?

Men	Women
(75)	(76)

¿Quién es el hombre mayor que actualmente vive en esta casa?
¿Cuál es el hombre próximo en edad que actualmente vive en esta casa?
Etc.

¿Quién es la mujer mayor que actualmente vive en esta casa?
¿Cuál es la mujer próxima en edad que actualmente vive en esta casa?
Etc.

Suffix: ____ ____ ____ ____

		Name or Relationship	Last digit of phone number 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
	1.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.	
	2.		2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2.	
	3.		3	1	2	3	1	2	3	1	2	X	3.	
Total adults	4.		1	2	3	4	1	2	3	4	X	X	4.	Total adults
	5.		2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	5.	
	6.		5	6	1	2	3	4	X	X	X	X	6.	
	7.		2	3	4	5	6	7	1	X	X	X	7.	
	8.		8	1	2	3	4	5	6	7	X	X	8.	

Necessito hablar con _____.

If "you," go to page 3

To correct respondent

Hola. Soy _____ llamando para el _____. Soy parte del grupo especial de investigaciones. Estamos haciendo un estudio sobre las prácticas de salud y hábitos diarios de los residentes de _____. Usted ha sido seleccionado al azar de los adultos en su hogar par ser incluido en el estudio.

La entrevista tomará muy poco tiempo, y la información obtenida en el estudio será confidencial.

Section 1: Health Status

1.1. Usted diría que, en general, su salud es: (77)

Please Read

a. Excelente 1

b. Muy buena 2

c. Buena 3

d. Regular 4

or

e. Mala 5

Do not read these responses

Don't know/Not Sure 7

Refused 9

1.2. Ahora piense acerca de su salud física, la cual incluye enfermedades físicas y accidentes: ¿Durante cuántos de los pasados treinta días no gozó de buena salud física? (78-79)

a. Number of days . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

1.3. Ahora piense acerca de su salud mental, la cual incluye tensión, depresión y problemas emocionales: ¿Durante cuántos de los pasados treinta días no gozó de buena salud mental?

(80-81)

a. Number of days . . . . . __ __

b. None ***If Q1.2 also "None," go to Q2.1 (p. 5)*** 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

1.4. ¿Durante cuántos de los pasados treinta días, el mal estado de salud mental o física le impidieron realizar sus actividades, tales como cuidado personal, trabajo o recreacion? (82-83)

a. Number of days . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

Section 2: Health Care Access

2.1. ¿Está usted cubierto por algún tipo de seguro, incluyendo seguro médico, planes prepagados, tales como los HMO, o planes gubernamentales tales como Medicare? (84)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q2.3a (p. 7)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q2.6 (p. 8)*** 7

Refused ***Go to Q2.6 (p. 8)*** 9

2.2. Medicare es un plan de cobertura para personas de 65 años de edad o mayores y para ciertas personas incapacitadas¿Está cubierto por Medicare? (85)

a. Yes ***Go to Q2.6 (p. 8)*** 1

b. No 2

Don’t know/not sure 7

Refused 9

2.3. ¿Qué tipo de cobertura de salud usa para pagar por la mayoría de su atención médica? (86-87)

¿Tiene la cobertura a través de: Coverage Code . . . . . __ __

Please Read

a. Su empleador? ***Go to Q2.4 (p. 8)*** 0 1

b. El empleador de otra persona? ***Go to Q2.4 (p. 8)*** 0 2

c. Un plan que usted u otra persona paga por su cuenta? ***Go to Q2.4 (p. 8)*** 0 3

d. Medicare ***Go to Q2.6 (p. 8)*** 0 4

e. Medicaid o Asistencia médica? ***[or substitute state program name]***
Go to Q2.4 (p. 8) 0 5

f. Las fuerzas armadas, CHAMPUS, TriCare, o la Administración de Veteranos? ***[or CHAMP-VA] Go to Q2.4 (p. 8)*** 0 6

g. El Servicio de Salud Indio? ***[or the Alaska Native Health Service]***
Go to Q2.4 (p. 8) 0 7

o

h. Alguna otra fuente? ***Go to Q2.4 (p. 8)*** 0 8

Do not read these responses

None ***Go to Q2.5 (p. 8)*** 8 8

Don't know/Not sure ***Go to Q2.4 (p. 8)*** 7 7

Refused ***Go to Q2.4 (p. 8)*** 9 9

2.3a. Hay ciertos tipos de cobertura que puede no haber considerado. Por favor digame si tiene alguna de las siguientes: (88-89)

Cobertura a través de: Coverage Code . . . . . __ __

Please Read

If more than one, ask "¿Cual es el tipo que usa para pagar la mayor parte de su atención médica?"

a. Su empleador 0 1

b. El empleador de otra persona 0 2

c. Un plan que usted u otra persona paga por su cuenta 03

d. Medicare ***Go to Q2.6 (p. 8)*** 0 4

e. Medicaid o Asistencia médica ***[or substitute state program name]*** 0 5

f. Las fuerzas armadas, CHAMPUS, TriCare, o la Administración de Veteranos ***[or CHAMP-VA]*** 0 6

g. El Servicio de Salud Indio ***[or the Alaska Native Health Service]*** 0 7

o

h. Alguna otra fuente 0 8

Do not read these responses

. . . . . None ***Go to Q2.5 (p. 8)*** 8 8

Don't know/Not sure ***Go to Q2.6 (p. 8)*** 7 7

Refused ***Go to Q2.6 (p. 8)*** 9 9

2.4. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en que no tenía seguro ni cobertura de salud? (90)

a. Yes ***Go to Q2.6*** 1

b. No ***Go to Q2.6*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q2.6*** 7

Refused ***Go to Q2.6*** 9

2.5. ¿Hace cuánto tiempo que no tiene seguro medico para la salud? (91)

Read Only if Necessary

a. Dentro de los últimos 6 meses (1 a 6 meses atrás) 1

b. Dentro del último año (6 a 12 meses atrás) 2

c. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 3

d. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 4

e. Cinco años o más atrás 5

Don't know/Not sure 7

Never 8

Refused 9

2.6. ¿Ha tenido la necesidad de ver a un doctor en los pasados doce meses, pero no pudo a causa del costo? (92)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

2.7. ¿Cuánto tiempo hace desde su última visita al doctor para un examen de rutina? (93)

Read Only if Necessary

Una revisión médica rutinaria es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 3

d. Cinco años o más atrás 4

Don't know/Not sure 7

Never 8

Refused 9

Section 3: Hypertension Awareness

3.1. ¿Hace aproximadamente cuánto tiempo que un doctor, enfermera u otro profesional médico le tomó la presión arterial? (94)

Read Only if Necessary

a. Dentro de los últimos 6 meses (1 a 6 meses atrás) 1

b. Dentro del último año (6 a 12 meses atrás) 2

c. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 3

d. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 4

e. Cinco años o más atrás 5

Don't know/Not sure 7

Never ***Go to Q4.1 (p. 11)*** 8

Refused 9

3.2. ¿Le ha dicho alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional médico que tiene presión arterial alta? (95)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q4.1 (p. 11)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q4.1 (p. 11)*** 7

Refused ***Go to Q4.1 (p. 11)*** 9

3.3. ¿Se le ha dicho en más de una ocasión que tiene presión arterial alta, o nada más una vez? (96)

a. More than once 1

b. Only once 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 4: Cholesterol Awareness

4.1. El colesterol sanguíneo es una sustancia adiposa que se encuentra en la sangre.
¿Se ha examinado alguna vez el nivel de colesterol? (97)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q5.1 (p. 12)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q5.1 (p. 12)*** 7

Refused ***Go to Q5.1 (p. 12)*** 9

4.2. ¿Hace aproximadamente cuánto tiempo que se examinó el nivel de colesterol? (98)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 3

d. Cinco años o más atrás 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

4.3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor u otro profesional médico que su colesterol sanguíneo es alto? (99)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 5: Diabetes

5.1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene diabetes? (100)

If "Yes" and female, ask "¿Fue esto sólo cuando usted estaba embarazada?"

a. Yes 1

b. Yes, but female told only during pregnancy 2

c. No 3

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 6: Oral Health

6.1. ¿Cuánto hace que usted no visita a un dentista o una clínica dental por cualquier motivo? (101)

Read only if necessary

Include visits to dental specialists, such as orthodontists

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

d. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 3

e. Cinco años o más atrás 4

Don't know/Not sure 7

Never 8

Refused 9

6.2. ¿Cuántos dientes permanentes se le han extraido debido a caries o enfermedad de las encías? No incluya los dientes perdidos por otros motivos, como accidentes u ortodoncia. (102)

Include teeth lost due to "infection"

a. 5 or fewer 1

b. 6 or more but not all 2

c. All 3

d. None 8

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Ö If "never" to Q6.1 or "all" to Q6.2, go to Q7.1 (p. 15).

6.3. ¿Cuánto hace que no se hace una “limpieza” de los dientes por un dentista o higienista dental? (103)

Read only if necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 3

d. Cinco años o más atrás 5

Don’t know/Not sure 7

Never 8

Refused 9

Section 7: Skin Cancer

7.1. La próxima pregunta es acerca de quemaduras de sol, incluyendo cualquier oportunidad en la cual aun una pequeña parte de su piel estuvo roja durante más de 12 horas. ¿Ha tenido una quemadura de sol durante los últimos 12 meses? (104)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q8.1 (p. 16)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q8.1 (p. 16)*** 7

Refused ***Go to Q8.1 (p. 16)*** 9

7.2. Incluyendo las veces cuando aun una pequeña parte de la piel estuvo roja durante más de 12 horas, ¿cuántas quemaduras de sol ha sufrido durante los últimos 12 meses? (105)

a. One 1

b. Two 2

c. Three 3

d. Four 4

e. Five 5

f. Six or more 6

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 8: Tobacco Use

8.1. ¿Ha fumado por lo menos cien cigarrillos en su vida? (106)

5 packs = 100 cigarettes

a. Yes 1

b. No ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 7

Refused ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 9

8.2. ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días, o nunca? (107)

a. Everyday 1

b. Some days ***Go to Q8.3a*** 2

c. Not at all ***Go to Q8.5 (p. 17)*** 3

Refused ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 9

8.3. ¿Aproximadamente cuántos cigarrillos, en promedio, fuma al día? (108-109)

1 pack = 20 cigarettes

Number of cigarettes ***[76 = 76 or more] Go to Q8.4 (p. 17)*** . . . . . __ __

Don't know/Not sure ***Go to Q8.4 (p. 17)*** 7 7

Refused ***Go to Q8.4 (p. 17)*** 9 9

8.3a. Como promedio, cuando fumó durante los pasados treinta días, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos fumó por día? (110-111)

1 pack = 20 cigarettes

Number of cigarettes ***[76 = 76 or more] Go to Q9.1 (p. 18)*** . . . . . __ __

Don't know/Not sure ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 7 7

Refused ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 9 9

8.4. ¿En los pasados doce meses ha dejado de fumar por lo menos un día o más? (112)

a. Yes ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 1

b. No ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 7

Refused ***Go to Q9.1 (p. 18)*** 9

8.5. ¿Hace cuánto tiempo dejó usted de fumar cigarrillos con regularidad, es decir, todos los días? (113-114)

Time code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Dentro del último mes (0 a 1 mes atrás) 0 1

b. Dentro de los últimos 3 meses (1 a 3 meses atrás) 0 2

c. Dentro de los últimos 6 meses (3 a 6 meses atrás 0 3

d. Dentro del último año (6 a 12 meses atrás) 0 4

e. Dentro de los últimos cinco años (1 a 5 años atrás) 0 5

f. Dentro de los últimos quince años (5 a 15 años atrás) 0 6

g. Quince años o más atrás 0 7

Don't know/Not sure 7 7

Never smoked regularly 8 8

Refused 9 9

Section 9: Alcohol Consumption

9.1. ¿Durante el pasado mes ha ingerido por lo menos un trago de las siguientes bebidas alcohólicas como cerveza, vino, cocteles de vino o licor? (115)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q10.1 (p. 20)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q10.1 (p. 20)*** 7

Refused ***Go to Q10.1 (p. 20)*** 9

9.2. ¿Durante el pasado mes, cuántos días a la semana o al mes, en promedio, ingirió bebidas alcohólicas? (116-118)

a. Days per week . . . . . 1 __ __

b. Days per month . . . . . 2 __ __

Don't know/Not sure ***Go to Q9.4*** 7 7 7

Refused ***Go to Q9.4*** 9 9 9

9.3. Un trago es una lata o botella de cerveza, un vaso de vino, una lata o una botella de coctel de vino, un coctel o un trago de licor. ¿Aproximadamente cuántos tragos ingirió, en promedio, en los días en que tomó alcohol? (119-120)

Number of drinks . . . . . __ __

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

9.4. Tomando en consideración bebidas alcohólicas de todo tipo: ¿cuántas veces, durante el pasado mes, ingirió más de cinco tragos en una ocasión? (121-122)

a. Number of times . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

9.5. ¿Durante el pasado mes, cuántas veces ha conducido un automóvil cuando tal vez ha tomado demasiado? (123-124)

a. Number of times . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

Section 10: Demographics

10.1. ¿Que edad tiene usted? (125-126)

Code age in years . . . . . __ __

Don't know/Not sure 0 7

Refused 0 9

10.2. ¿A que raza pertenece? (127)

Would you say: ***Please Read***

a. Blanca 1

b. Negra 2

c. Asiática, Islas del Pacífico 3

d. Indio americano, nativo de Alaska 4

u

e. Otra: ***(especifique)***_____ 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

10.3. ¿Es usted de origen latino o hispano? (128)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

10.4. Está usted: (129)

Please Read

a. Casado(a) 1

b. Divorciado(a) 2

c. Viudo(a) 3

d. Separado(a) 4

e. Nunca ha estado casado(a) 5

o

f. Miembro de una pareja no casada 6

Refused 9

10.5. ¿Cuántos niños viven en su casa que tienen ...

Please Read

Code 1-9
7 = 7 or more
8 = None
9 = Refused

a. menos de cinco años de edad? . . . . . __ (130)

b. de cinco a doce años de edad? . . . . . __ (131)

c. de trece a diecisiete años de edad? . . . . . __ (132)

10.6. ¿Cuál es el año escolar mas alto que usted ha completado? (133)

Read Only if Necessary

a. Nunca fue a la escuela o sólo kindergarten 1

b. Primero a octavo año (Escuela básica) 2

c. Noveno a onceavo año (Algo de enseñanza media) 3

d. Doceavo año o GED (Enseñanza media completa) 4

e. Uno a tres años de universidad (Algo de universidad o escuela técnica) 5

f. Cuatro o más años de universidad (Egresado de la universidad) 6

Refused 9

10.7. Actualmente usted está: (134)

Please Read

a. Empleado con salario 1

b. Trabajando por su cuenta 2

c. Sin trabajo por más de un año 3

d. Sin trabajo por menos de un año 4

e. Ama de casa 5

f. Estudiante 6

g. Jubilado 7

o

h. Incapacitado para trabajar 8

Refused 9

10.8. ¿Cuales son los ingresos anuales en su casa incluyendo todas las fuentes: (135-136)

Read as Appropriate

If respondent refuses at any income level, code refused

a. Menos de $25,000 ***If "no," ask e; if "yes," ask b***
($20,000 to less than $25,000) 0 4

b. Menos de $20,000 ***If "no," code a; if "yes," ask c***
($15,000 to less than $20,000) 0 3

c. Menos de $15,000 ***If "no," code b; if "yes," ask d***
($10,000 to less than $15,000) 0 2

d. Menos de $10,000 ***If "no," code c*** 0 1

e. Menos de ***If "no," ask f***
($25,000 to less than $35,000) 0 5

f. Menos de $50,000 ***If "no," ask g***
($35,000 to less than $50,000) 0 6

g. Menos de $75,000 ***If "no," code h***
($50,000 to $75,000) 0 7

h. $75,000 o más 0 8

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

10.9. ¿Aproximadamente cuánto pesa sin zapatos? (137-139)

Round fractions up

Weight . . . . . __ __ __ pounds

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

10.10. ¿Aproximadamente cuál es su estatura sin zapatos? (140-142)

Round fractions down

Height . . . . . __/__ __ ft/inches

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

10.11. ¿En que condado vive usted? (143-145)

FIPS county code . . . . . __ __ __

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

10.12. ¿Tiene usted más de un número de telefóno en su hogar? (146)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q10.14 (p. 24)*** 2

Refused ***Go to Q10.14 (p. 24)*** 9

10.13. ¿Cuántos números de telefónos residenciales tiene usted? (147)

Exclude dedicated fax and computer lines

Total telephone numbers ***[8 = 8 or more]*** . . . . . __

Refused 9

Ahora tengo algunas preguntas acerca de otros servicios de salud que usted puede haber recibido.

10.14. Indicate sex of respondent. ***Ask Only if Necessary*** (148)

Male ***Go to Q12.1 (p. 29)*** 1

Female 2

Section 11: Women's Health

11.1. Un mamograma es una radiografía de cada seno para investigar la posibilidad de cáncer de los senos. ¿Se ha hecho alguna vez un mamograma? (149)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q11.4 (p. 26)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q11.4 (p. 26)*** 7

Refused ***Go to Q11.4 (p. 26)*** 9

11.2. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último mamograma? (150)

Read only if Necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos tres años (2 a 3 años atrás) 3

d. Dentro de los últimos cinco años (3 a 5 años atrás) 4

e. Cinco años o más atrás 5

Don't know/Not sure 7

Refused 9

11.3. ¿Fue su último mamograma hecho como parte de un examen de rutina, o a causa de un problema en los senos que no fue cáncer, o porque usted ya ha tenido cáncer en los senos? (151)

a. Routine checkup 1

b. Breast problem other than cancer 2

c. Had breast cancer 3

Don't know/Not sure 7

Refused 9

11.4. Un examen clínico de los senos es cuando un doctor, enfermera u otro profesional médico palpan los senos para detectar tumores. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de los senos? (152)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q11.7 (p. 27)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q11.7 (p. 27)*** 7

Refused ***Go to Q11.7 (p. 27)*** 9

11.5. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último examen de los senos? (153)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos tres años (2 a 3 años atrás) 3

d. Dentro de los últimos cinco años (3 a 5 años atrás) 4

e. Cinco años o más atrás 5

Don't know/Not sure 7

Refused 9

11.6. ¿Fue su último examen de los senos hecho como parte de un examen de rutina, o a causa de un problema en los senos que no fue cáncer, o porque usted ya había tenido cáncer en los senos? (154)

a. Routine Checkup 1

b. Breast problem other than cancer 2

c. Had breast cancer 3

Don't know/Not sure 7

Refused 9

11.7. Un Papanicolaou es una prueba para detectar el cáncer en el cuello del utero. ¿Alguna vez se ha hecho un Papanicolaou? (155)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q11.10 (p. 28)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q11.10 (p. 28)*** 7

Refused ***Go to Q11.10 (p. 28)*** 9

11.8. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último Papanicolaou? (156)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos tres años (2 a 3 años atrás) 3

d. Dentro de los últimos cinco años (3 a 5 años atrás) 4

e. Cinco años o más atrás 5

Don't know/Not sure 7

Refused 9

11.9. ¿Fue su último Papanicolaou hecho como parte de un examen de rutina, o para revisar un problema previo o actual? (157)

a. Routine exam 1

b. Check current or previous problem 2

Other 3

Don't know/Not sure 7

Refused 9

11.10. ¿Ha tenido una histerectomía? (158)

A hysterectomy is an operation to remove the uterus (womb)

a. Yes ***Go to Q12.1 (p. 29)*** 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Ö If respondent 45 years old or older, go to Q12.1 (p. 29)

11.11. ¿Sabe si está usted embarazada en estos momentos? (159)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 12: Immunization

12.1. ¿Ha recibido una vacuna contra la influenza (gripe) en los pasados doce meses? (160)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q12.3*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q12.3*** 7

Refused ***Go to Q12.3*** 9

12.2. ¿En qué tipo de lugar se le administró su última vacuna contra la gripe? (161-162)

Place code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Un consultorio médico o una organización de mantenimiento de salud 0 1

b. Un departamento de salud 0 2

c. Otro tipo de clínica o centro de salud
[Example: a community health center]. 0 3

d. Un centro de tercera edad, recreación o comunitario 0 4

e. Una tienda ***[Example: supermercado, farmacia]*** 0 5

f. Un hospital o sala de emergencia 0 6

g. El trabajo 0 7

h. Other ***[specify]***_____ 0 8

Don’t know/Not sure 7 7

Refused 9 9

12.3. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra la neumonía? (163)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 13: Colorectal Cancer Screening

Ö If respondent 40 years or older, continue with Q13.1. Otherwise, go to Q14.1 (p. 32).

13.1. Una prueba de sangre en las heces es una que se puede usar una prueba especial en el hogar para determinar si sus heces contienen sangre. ¿Se ha hecho alguna vez esta prueba usando una prueba casera? (164)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q13.3*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q13.3*** 7

Refused ***Go to Q13.3*** 9

13.2. ¿Cuándo se hizo la última prueba de sangre en las heces usando una prueba casera? (165)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 3

d. Cinco años o más atrás 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

13.3. Una sigmoidoscopía o colonoscopía es la introducción de un tubo en el recto para observar los intestinos por signos de cáncer y otros problemas de salud. ¿Le han hecho alguna vez este examen? (166)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q14.1 (p. 32)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q14.1 (p. 32)*** 7

Refused ***Go to Q14.1 (p. 32)*** 9

13.4. ¿Cuándo le hicieron la última sigmoidoscopía o colonoscopía? (167)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) 3

d. Cinco años o más atrás 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 14: Injury Control

Ö If core Q10.5a, b, and c are all "None," go to Q14.3 (p. 33).

14.1. ¿Cuál es la edad del niño mayor de su casa menor de dieciséis años? (168-169)

Code <1 yr. as "01"

a. Code age in years . . . . . __ __

b. No children under age 16 ***Go to Q14.3 (p. 33)*** 8 8

Don't know/Not sure ***Go to Q14.3 (p. 33)*** 7 7

Refused ***Go to Q14.3 (p. 33)*** 9 9

Ö If oldest child 5 years or older, continue with Q14.2. Otherwise, go to Q14.3 (p. 33).

14.2. Durante el ultimo año, ¿con qué frecuencia ha usado el niño de ***[fill in age from Q. 2]*** -años un casco protector al andar en bicicleta? (170)

Would you say: ***Please Read***

a. Siempre 1

b. Casi siempre 2

c. A veces 3

d. Rara vez 4

or

e. Nunca 5

Don't know/Not sure 7

Do not read these responses

Never rides a bicycle 8

Refused 9

14.3. ¿Cuándo fue la última vez que usted u otra persona reviso intencionadamente todos los detectores de humo de su casa? (171)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último mes (0 a 1 mes atrás) 1

b. Dentro de los últimos 6 meses (1 a 6 meses atrás) 2

c. Dentro del último año (6 a 12 meses atrás) 3

d. Uno año o más atrás 4

e. Nunca 5

f. No hay detectores de humo en la casa 6

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Section 15: HIV/AIDS

ö If respondent is 65 years old or older, go to Closing Statement.

Las siguientes preguntas son acerca del problema nacional de salud del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que usted no tiene que responder a todas las preguntas si no lo desea.

15.1. Si usted tuviera un niño en la escuela, ¿en qué grado le parece que se le debería comenzar a educar en la escuela acerca de la infección del VIH, el virus que causa el SIDA? (172-173)

Code 01 through 12

a. Grade . . . . . __ __

b. Kindergarten 5 5

c. Never 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

15.2. Si usted tuviera un adolescente que es sexualmente activo, ¿le recomendaría a él o a ella el uso de condones? (174)

a. Yes 1

b. No 2

Would give other advice 3

Don't know/Not sure 7

Refused 9

15.3. ¿Cuales son sus posibilidades de contagiarse con el VIH, el virus que causa el SIDA? (175)

Usted diría que: ***Please Read***

a. Altas 1

b. Medianas 2

c. Bajas 3

o

d. Ninguna 4

Not applicable ***Go to Q76a (p. 35)*** 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

15.4. ¿Ha donado sangre desde marzo de 1985? (176)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q15.6a (p. 36)*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q15.6a (p. 36)*** 7

Refused ***Go to Q15.6a (p. 36)*** 9

15.5. ¿Ha donado sangre durante los últimos 12 meses? (177)

a. Yes 1

b. No 2

Don’t know/Not sure 7

Refused 9

15.6. Salvo las pruebas que se le hayan hecho como parte de donaciones de sangre, ¿alguna vez le hicieron pruebas de VIH? (178)

Include saliva tests

a. Yes ***Go to Q15.7 (p. 36)*** 1

b. No ***Go to Closing Statement*** 2

Don’t know/Not sure ***Go to Closing Statement*** 7

Refused ***Go to Closing Statement*** 9

15.6a. ¿Alguna vez se le han hecho pruebas de VIH? (179)

Include saliva tests

a. Yes ***Go to Q15.7a*** 1

b. No ***Go to Closing Statement*** 2

Don’t know/Not sure ***Go to Closing Statement*** 7

Refused ***Go to Closing Statement*** 9

15.7. Sin contar las donaciones de sangre, ¿se le han hecho pruebas de VIH durante los últimos 12 meses? (180)

Include saliva tests

a. Yes ***Go to Q15.8 (p. 37)*** 1

b. No ***Go to Closing Statement*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Closing Statement*** 7

Refused ***Go to Closing Statement*** 9

15.7a. ¿Se le han hecho pruebas de VIH durante los últimos 12 meses? (181)

Include saliva tests

a. Yes 1

b. No ***Go to Closing Statement*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Closing Statement*** 7

Refused ***Go to Closing Statement*** 9

15.8. ¿Cuál fue el motivo principal por hacerse analizar por el VIH la última vez?(182-183)

Reason code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Por hospitalización o procedimiento quirúrgico 0 1

b. Para solicitar seguro médico 0 2

c. Para solicitar seguro de vida 0 3

d. Por empleo 0 4

e. Para solicitar una licencia matrimonial 0 5

f. Por reclutamiento o servicio militar 0 6

g. Por inmigración 0 7

h. Por curiosidad 0 8

i. Por recomendación de un doctor 0 9

j. Porque estaba embarazada 1 0

k. Por recomendación de su pareja 1 1

l. Porque fue parte del proceso de donación de sangre ***Go to Q. 76 (p. 35)*** 12

m. Por un examen de rutina 1 3

n. Por riesgos de exposición en el trabajo 1 4

o. A causa de enfermedad 1 5

p. Porque corro riesgo de contraer el VIH 1 6

q. Otro 8 7

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

15.9. ¿Dónde se le hizo el último análisis por el VIH? (184-185)

Facility Code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Doctor particular, OMS (HMO) 0 1

b. Banco de sangre, centro de plasma, Cruz Roja 0 2

c. Departamento de Salud 0 3

d. Clínica de SIDA; local de atención de su consejero, lugar del análisis 0 4

e. Hospital, sala de emergencias, clínica para pacientes ambulatorios 0 5

f. Clínica para planificación familiar 0 6

g. Clínica prenatal 0 7

h. Clínica para tuberculosis 0 8

i. Clínica para enfermedades transmitidas sexualmente 0 9

j. Clínica de salud para la comunidad 1 0

k. Clínica operada por el empleador 1 1

l. Clínica de la compañía de seguros 1 2

m. Otra clínica pública 1 3

n. Institución para el tratamiento de la drogadicción 1 4

o. Lugar de reclutamiento o servicio militar 1 5

p. Lugar de inmigración 1 6

q. En casa, visita a la casa de una enfermera o trabajador de salud 1 7

r. En mi casa, usando una prueba yo mismo para obtener muestras 1 8

s. En la cárcel o prisión 1 9

t. Otro 8 7

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

15.10. ¿Ha recibido los resultados de su último análisis? (186)

a. Yes 1

b. No ***Go to Closing Statement*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Closing Statement*** 7

Refused ***Go to Closing Statement*** 9

15.11. ¿Ha recibido consejos o ha hablado con un profesional de salud sobre los resultados de su análisis? (187)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Closing Statement

Esa es mi última pregunta. Las respuestas de todos serán combinadas para darnos información acerca de los comportamientos y prácticas de salud de la gente en este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

or

Transition to Modules and/or State-added Questions

Finalmente, tengo sólo unas pocas preguntas más acerca de algunos otros tópicos de salud.

Module 1: Diabetes

1. ¿Qué edad tenía usted cuando le dijeron que usted tenía diabetes? (188-189)

   Code age in years ***[76 = 76 and older]*** . . . . . __ __

   Don't know/Not sure 7 7

   Refused 9 9

2. ¿Se está usted administrando insulina actualmente? (190)

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Q4*** 2

   Refused ***Go to Q4*** 9

3. Actualmente, ¿aproximadamente con qué frecuencia usa insulina? (191-193)

   a. Times per day . . . . . 1 __ __

   b. Times per week . . . . . 2 __ __

   c. Use insulin pump 3 3 3

   Don't know/Not sure 7 7 7

   Refused 9 9 9

4. ¿Aproximadamente con qué frecuencia se hace pruebas de sangre para detectar glucosa o azúcar? Incluya las veces en que un familiar o amigo le hace la prueba, pero no las veces cuando un profesional de salud le hace la prueba. (194-196)

   a. Times per day . . . . . 1 __ __

   b. Times per week . . . . . 2 __ __

   c. Times per month . . . . . 3 __ __

   d. Times per year . . . . . 4 __ __

   e. Never 8 8 8

   Don't know/Not sure 7 7 7

   Refused 9 9 9

5. ¿Ha oído hablar de la hemoglobina glucosilada o de la hemoglobina "A uno C"? (197)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

6. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante el pasado año, ha visitado a un médico, enfermera u otro profesional de salud por su diabetes? (198-199)

a. Number of times . . . . . __ __

b. None ***Go to Q9*** 8 8

Don't know/Not sure ***Go to Q9*** 7 7

Refused ***Go to Q9*** 9 9

ö If "No," "Dk/Ns," or "Refused" to Q5, go to Q8.

7. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante el pasado año, le ha examinado un médico, una enfermera u otro profesional de salud por hemoglobina glucosilada o hemoglobina "A uno C"? (200-201)

a. Number of times . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

8. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante el pasado año, le ha examinado un profesional de salud los pies buscando llagas o irritaciones? (202-203)

a. Number of times . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

9. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de los ojos con dilatación de las pupilas? Este examen le debe haber dejado temporalmente sensible a la luz brillante. (204)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último mes(0 a 1 mes atrás) 1

b. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 2

c. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 3

d. Dos años o más atrás 4

e. Nunca 8

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Ahora querría hacerle tres preguntas sobre cómo ve con sus lentes o gafas o lentes de contacto, si es que los usa.

10. ¿Qué parte del tiempo nota que su vista le limita para reconocer a personas u objetos al otro lado de la calle? (205)

Usted diría que: ***Please Read***

a. Todo el tiempo 1

b. La mayoría del tiempo 2

c. Parte del tiempo 3

d. Muy de vez en cuando 4

o

e. Nunca 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

11. ¿Qué parte del tiempo nota que su vista le limita para leer un periódico, revista, receta, menú o los números en el teléfono? (206)

Usted diría que: ***Please Read***

a. Todo el tiempo 1

b. La mayoría del tiempo 2

c. Parte del tiempo 3

d. Muy de vez en cuando 4

o

e. Nunca 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

12. ¿Qué parte del tiempo nota que su vista le limita para mirar la televisión? (207)

Usted diría que: ***Please Read***

a. Todo el tiempo 1

b. La mayoría del tiempo 2

c. Parte del tiempo 3

d. Muy de vez en cuando 4

o

e. Nunca 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Module 2: Sexual Behavior

ö If respondent 50 years old or older, go to next module.

Las preguntas siguientes se refieren a su comportamiento sexual personal y quiero recordarle que sus respuestas son confidenciales.

1. Durante los últimos doce meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? (208-209)

   a. Number ***[76 = 76 or more]*** . . . . . __ __

   b. None ***Go to Next Module*** 8 8

   Don't know/Not sure 7 7

   Refused 9 9

2. ¿Se usó un condón la última vez que tuvo relaciones sexuales? (210)

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Q4*** 2

   Don't know/Not sure ***Go to Q4*** 7

   Refused ***Go to Q4*** 9

3. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿se usó el condón ... (211)

   Please Read

   a. Para prevenir el embarazo? 1

   b. Para prevenir enfermedades como la sífilis, la gonorrea o el SIDA? 2

   c. Por ambas de estas razones? 3

   o

   d. Por alguna otra razón? 4

Do not read these responses

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

4. Algunas personas usan los condones para no contagiarse con el VIH durante la actividad sexual. ¿Qué tan efectivo piensa usted que es un condón, usado correctamente, para este propósito? (212)

Usted diría que: ***Please read***

a. Muy efectivo 1

b. Más o menos efectivo 2

o

c. Nada efectivo 3

Do not read these responses

Don't know how effective 4

Don't know method 5

Refused 9

5. ¿Cuántos nuevos compañeros sexuales tuvo usted en los pasados doce meses? (213-214)

A new sex partner is someone the respondent had sex with for the first time in the past 12 months

a. Number ***[76 = 76 or more]*** . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

6. Le voy a leer una lista. Cuando termine, por favor digame si alguna de las situaciones se aplica a su caso. No necesita decirme cuál.

Usted usó drogas intravenosas durante el último año

Ha sido tratado por una enfermedad de transmisión sexual o venérea durante el último año

Ha dado resultados positivos para el VIH, el virus que causa el SIDA

Ha tenido relaciones sexuales por el recto sin usar un condón durante el último año

¿Se aplica alguna de estas situaciones a su caso? (215)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

7. Durante los últimos cinco años, ¿ha recibido tratamiento por una enfermedad de transmisión sexual o venérea? (216)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q9*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q9*** 7

Refused ***Go to Q9*** 9

8. ¿Recibió tratamiento en una clínica de enfermedades de transmisión sexual del departamento de salud? (217)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

9. ¿Ha cambiado usted su comportamiento sexual en los pasados doce meses como resultado de lo que conoce acerca del VIH?

(218)

a. Yes 1

b. No ***Go to Next Module*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

10. ¿Hizo usted alguno de los siguientes cambios en los pasados doce meses?

	Please Read	Yes	No	Dk/Ns	NA	Ref	
If respondent says "abstuvo," ask "¿Practica usted abstinencia actualmente?" If "no," read b and c. If "yes," do not read b and c and code b and c 8	a. ¿Redujo usted el número de compañeros sexuales o se abstuvo?	1	2	7		9	(219)
	b. ¿Tiene usted ahora relaciones sexuales sólo con el mismo compañero o compañera?	1	2	7	8	9	(220)
	c. ¿Utiliza usted ahora siempre condones para su protección?	1	2	7	8	9	(221)

Module 3: Family Planning

Ö If respondent is male or age 45 years old or older, go to next module.

Las próximas preguntas tratan el embarazo y las maneras de prevenir el embarazo.

Ö If pregnant now ("Yes" to core Q11.11), go to Q2a.

1. ¿Ha estado usted embarazada en los últimos cinco años? (222)

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Q3*** 2

   Don't know/Not sure ***Go to Q3*** 7

   Refused ***Go to Q3*** 9

2. Pensando en su último embarazo, justo antes de quedar embarazada, ¿como se sentia sobre el embarazo? (223)

   ¿Diría usted que: ***Please Read***

   a. Hubiera querido quedar embarazada antes ***Go to Q3*** 1

   b. Quería quedar embarazada más adelante ***Go to Q3*** 2

   c. Quería quedar embarazada entonces ***Go to Q3*** 3

   d. No quería quedar embarazada entonces ni después ***Go to Q3*** 4

   e. No sabe ***Go to Q3*** 7

Do not read Refused ***Go to Q3*** 9

2a. Pensando en el momento justo antes de quedar embarazada de su embarazo actual, ¿como se sentia sobre el embarazo? (224)

¿Diría usted que: ***Please Read***

a. Hubiera querido quedar embarazada antes 1

b. Quería quedar embarazada más adelante 2

c. Quería quedar embarazada entonces 3

d. No quería quedar embarazada entonces ni después 4

e. No sabe 7

Do not read Refused 9

Ö If respondent had hysterectomy ("Yes" to core Q11.10) or is pregnant now ("Yes" to core Q11.11), go to Q6.
Ö If respondent has no sex partners ("None" to Q1 in Sexual Behavior module), go to Q6.

3. ¿Está usando actualmente usted o su ***[fill in (esposo/compañero) from core Q47]*** algún método anticonceptivo? Anticonceptivo significa ligadura de trompas, vasectomía, píldora, condones, diafragma, espuma, ritmo, Norplant, inyecciones (Depo-Provera) o cualquier otro medio de evitar el embarazo. (225)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q5*** 2

c. Not sexually active ***Go to Q6*** 3

Don't know/Not sure ***Go to Q6*** 7

Refused ***Go to Q6*** 9

4. ¿Cuáles métodos anticonceptivos está utilizando actualmente usted o su ***[fill in (esposo/compañero) from core Q47]***? (226-227)

Kind Code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

If more than one, code other and specify each method code

a. Ligadura de trompas (esterilización) ***Go to Q6*** 0 1

b. Vasectomía (esterilización) ***Go to Q6*** 0 2

c. Píldora ***Go to Q6*** 0 3

d. Condones ***Go to Q6*** 0 4

e. Espuma, gel, crema ***Go to Q6*** 0 5

f. Diafragma ***Go to Q6*** 0 6

g. Norplant ***Go to Q6*** 0 7

h. Inyecciones (Depo-Provera) ***Go to Q6*** 0 8

I. Interrupción ***Go to Q6*** 0 9

j. Otro (especique:_____) ***Go to Q6*** 8 7

Don't know/Not sure ***Go to Q6*** 7 7

Refused ***Go to Q6*** 9 9

5. ¿Por qué motivo no está usando usted ningún método anticonceptivo actualmente? (228-229)

Reason Code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

If more than one, code other and specify each method code

a. No tengo relaciones sexuales 0 1

b. Quiero quedar embarazada 0 2

c. No quiero usar anticonceptivos 0 3

d. Mi esposo o compañero no quiere usar anticonceptivos 0 4

e. No creo que pueda quedar embarazada 0 5

f. No puedo pagar por los anticonceptivos 0 6

g. Otro (especique:_____) 8 7

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

6. ¿Cuál es su fuente habitual de servicios para los problemas de salud femeninos, como planificación familiar, revisaciones anuales, exámenes de la mama, pruebas por enfermedades transmitidas por contacto sexual y otros problemas de salud femeninos?

(230)

¿Diría usted: ***Please Read***

a. Una clínica de planificación familiar
[Example: una clínica de Planned Parenthood] Go to Q8 1

b. Una clínica del departamento de salud 2

c. Un centro de salud comunitario 3

d. Un ginecólogo privado 4

e. Un médico clínico o de familia 5

o

f. Algún otro lugar 8

Do not read these responses

Don’t know/not sure 7

Refused 9

7. ¿Alguna vez utilizó usted los servicios de una clínica de planificación familiar? (231)

Example: a Planned Parenthood clinic

a. Yes 1

b. No ***Go to Next Module*** 2

Don't know/not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

8. ¿Cuánto hace que no usa los servicios de una clínica de planificación familiar? (232)

Read Only if Necessary

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos tres años (2 a 3 años atrás) 3

d. Dentro de los últimos cinco años (3 a 5 años atrás) 4

e. Cinco años o más atrás 5

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Module 4: Health Care Coverage

Ö If not known whether respondent has health care coverage ("Dk/Ns" or "Refused" to core Q2.1), go to next module.

Previamente le pregunté acerca de su cobertura de salud.

Ö If respondent has no health care coverage ("None" to core Q2.3 or Q2.3a), continue. Otherwise, go to Q2.

1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no tiene cobertura de salud? (233-234)

Reason Code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Lost job or changed employers ***Go to Next Module*** 0 1

b. Spouse or parent lost job or changed employers ***[includes any person who had been providing insurance prior to job loss or change] Go to Next Module*** 0 2

c. Became divorced or separated ***Go to Next Module*** 0 3

d. Spouse or parent died ***Go to Next Module*** 0 4

e. Became ineligible because of age or because left school ***Go to Next Module*** 0 5

f. Employer doesn't offer or stopped coverage ***Go to Next Module*** 0 6

g. Cut back to part time or became temporary employee ***Go to Next Module*** 0 7

h. Benefits from employer or former employer ran out ***Go to Next Module*** 0 8

i. Couldn't afford to pay the premiums ***Go to Next Module*** 0 9

j. Insurance company refused coverage ***Go to Next Module*** 1 0

k. Lost Medicaid or Medical Assistance eligibility ***Go to Next Module*** 1 1

l. Other ***Go to Next Module*** 8 7

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7 7

Refused ***Go to Next Module*** 9 9

2. ¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que tiene ***[fill in type (Medicare/Medicaid/este tipo específico de cobertura para atención médica) from core Q6, Q7, or Q7a]***? (235)

Read Only if Necessary

If necessary, say "La cobertura que usa actualmente para pagar la mayor parte de su atención médica?"

a. Menos de 12 meses (de 1 a 12 meses) 1

b. Menos de 2 años (de 1 a 2 años) 2

c. Menos de 3 años (de 2 a 3 años) 3

d. Menos de 5 años (de 3 a 5 años) 4

e. Cinco años o más atrás 5

Don't know/Not sure 7

Refused 9

3. ¿Hay algún libro o lista de médicos asociados con su ***[fill in type (Medicare/Medicaid/cobertura de salud) from core Q6, Q7, or Q7a]*** plan? (236)

If necessary, say "The coverage you use currently to pay for most of your medical care"

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused9

If "no" or "Dk/Ns," probe "Is there a certain number you are supposed to call to find a doctor to go to?"

4. ¿Exige su plan de ***[fill in type (Medicare/Medicaid/cobertura de salud) from core Q6, Q7, or Q7a]*** que usted seleccione un cierto médico o clínica para toda su atención de rutina? (237)

If necessary, say "The coverage you use currently to pay for most of your medical care"

Do not include emergency care or referral to a specialist

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

5. Fuera de ***[fill in type (Medicare/Medicaid/la cobertura de salud que paga por la mayoría de su atención médica) from core Q6, Q7, or Q7a]***, ¿tiene algún otro tipo de cobertura de salud? (238)

Do not include plans that only cover one type of service or care

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Ö If respondent did not have coverage at some time during past 12 months ("Yes" to core Q2.4), continue. Otherwise, go to next module.

6. ¿Cuál fue la razón principal de que no tuviera cobertura de salud durante los últimos 12 meses? (239-240)

Reason Code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Lost job or changed employers 0 1

b. Spouse or parent lost job or changed employers ***[includes any person who had been providing insurance prior to job loss or change]*** 0 2

c. Became divorced or separated 0 3

d. Spouse or parent died 0 4

e. Became ineligible because of age or because left school 0 5

f. Employer doesn't offer or stopped offering coverage 0 6

g. Cut back to part time or became temporary employee 0 7

h. Benefits from employer or former employer ran out 0 8

I. Couldn't afford to pay the premiums 0 9

j. Insurance company refused coverage 1 0

k. Lost Medicaid or Medical Assistance eligibility 1 1

l. Other 8 7

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

Module 5: Health Care Utilization

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su médico u otro profesional de salud, y sobre la atención de salud que recibe.

1. ¿Cómo clasificaría su grado de satisfacción con su atención total de salud? (241)

   ¿Diría usted que: ***Please read***

   a. Excelente? 1

   b. Muy buena? 2

   c. Buena? 3

   d. Regular? 4

   o

   e. Insatisfactoria? 5

Do not read these responses

Not applicable/don't use any health services 8

Don't know/Not sure 7

Refused 9

2. ¿Hay alguna clínica, centro de salud, oficina de doctor u otro lugar al cual usted acude si está enfermo o necesita consejo acerca de su salud? (242)

   a. Yes ***Go to Q5*** 1

   b. More than one place ***Go to Q4*** 2

   c. No 3

   Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

   Refused ***Go to Next Module*** 9

3. ¿Cuál es el motivo principal por el cual usted no tiene una fuente habitual de atención médica? (243-244)

Reason Code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Two or more usual places 0 1

b. Have not needed a doctor ***Go to Next Module*** 0 2

c. Do not like/trust/believe in doctors ***Go to Next Module*** 0 3

d. Do not know where to go ***Go to Next Module*** 0 4

e. Previous doctor is not available/moved ***Go to Next Module*** 0 5

f. No insurance/cannot afford ***Go to Next Module*** 0 6

g. Speak a different language ***Go to Next Module*** 0 7

h. No place is available/close enough/convenient ***Go to Next Module*** 0 8

i. Other ***Go to Next Module*** 0 9

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7 7

Refused ***Go to Next Module*** 9 9

4. ¿Asiste usted a uno de estos lugares con más frecuencia cuando está enfermo o necesita consejo acerca de su salud? (245)

a. Yes 1

b. No ***Go to Next Module*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

5. ¿Qué tipo de lugar es? (246)

¿Diría usted: ***Please Read***

a. La oficina de un médico o HMO 1

b. Una clínica o centro de salud 2

c. El departamento de pacientes ambulantes de un hospital 3

d. La sala de emergencia de un hospital 4

e. Un centro de atención urgente 5

o

f. Algún otro lugar 8

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

6. Teniendo en cuenta la distancia o el tiempo de viaje que necesita para llegar al lugar al que va normalmente, ¿cómo clasificaría la conveniencia de tal lugar? (247)

¿Diría usted que: ***Please Read***

a. Excelente? 1

b. Muy buena? 2

c. Buena? 3

d. Regular? 4

o

e. Insatisfactoria? 5

Do not read these responses

Don't have usual place 6

Don't know/Not sure 7

Refused 9

7. ¿Hay algún médico o profesional de salud en particular al que normalmente consulta cuando necesita atención médica de rutina? (248)

If "no," ask "Is there more than one or is there no usual doctor who you go to?"

a. Yes, only one 1

b. More than one ***Go to Next Module*** 2

c. No ***Go to Next Module*** 3

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

8. ¿Cuándo fue la última vez que cambió de médico? (249)

Read Only if Necessary

"Médicos" includes other health professionals

a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) 1

b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) 2

c. Dentro de los últimos tres años (2 a 3 años atrás) 3

d. Dentro de los últimos cinco años (3 a 5 años atrás) 4

e. Cinco años o más atrás 5

f. Nunca ***Go to Next Module*** 8

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

9. ¿Por qué cambió de médico la última vez? (250-251)

Reason Code . . . . . __ __

"Doctors" includes other health professionals

a. Changed residence or moved 0 1

b. Changed jobs 0 2

c. Changed health care coverage 0 3

d. Provider moved or retired 0 4

e. Dissatisfied with former provider or liked new provider better 0 5

f. Former provider no longer reimbursed by my health care coverage 0 6

g. Owed money to former provider 0 7

h. Medical care needs changed 0 8

i. Other 8 7

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

Module 6: Asthma

1. ¿Alguna vez le dijo un médico que tenía asthma? (252)

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Next Module*** 2

   Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

   Refused ***Go to Next Module*** 9

2. ¿Todavía tiene asthma? (253)

   a. Yes 1

   b. No 2

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

Module 7: Preventive Counseling Services

Las próximas preguntas son acerca de los servicios de los consejos relacionados con la prevención que quizás recibió de un médico, enfermera u otro profesional de la salud.

1. ¿Le habló su médico u otro profesional de salud alguna vez acerca de su dieta y hábitos de comidas? (254)

If yes, ask "About how long ago was it?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1
b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2
c. Yes, 3 or more years ago 3
d. No 4
Don't know/Not sure 7
Refused 9

2. ¿Le habló su médico u otro profesional de salud alguna vez acerca de las actividades físicas o el ejercicio? (255)

If yes, ask "About how long ago was it?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1
b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2
c. Yes, 3 or more years ago 3
d. No 4
Don't know/Not sure 7
Refused 9

3. ¿Le habló (su médico u otro profesional de salud alguna vez) sobre la prevención de daños, por ejemplo, el uso de cinturones de seguridad, el uso de cascos o de los detectores de humo? (256)

If yes, ask "About how long ago was it?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1
b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2
c. Yes, 3 or more years ago 3
d. No 4
Don't know/Not sure 7
Refused 9

4. ¿Le habló (su médico u otro profesional de salud alguna vez) sobre el abuso de drogas? (257)

If yes, ask "About how long ago was it?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1
b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2
c. Yes, 3 or more years ago 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

5. ¿Le ha hablado un médico u otro profesional de salud, en algún momento, sobre el uso de alcohol? (258)

If yes, ask "About how long ago was it?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1

b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2

c. Yes, 3 or more years ago 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Ö If "No" to core Q8.1 or "Not at all" to core Q8.2, go to Q7

6. ¿Le ha aconsejado (un médico u otro profesional de salud), en algún momento, que deje de fumar? (259)

If yes, ask "About how long ago was it?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1

b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2

c. Yes, 3 or more years ago 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Ö If respondent 65 years old or older, go to next module

7. ¿Le ha hablado (un médico u otro profesional de salud), en algún momento, acerca de sus prácticas sexuales, incluso planificación familiar, enfermedades transmitidas sexualmente, el SIDA o el uso de condones?

(260)

If yes, ask "About how long ago was it?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1

b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2

c. Yes, 3 or more years ago 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Module 8: Cardiovascular Disease

1. Para reducir su riesgo de desarrollar enfermedad del corazón o un embolio cerebral, ¿le ha aconsejado un médico que...

Please Read	Yes	No	Dk/Ns	Ref	
a. Coma menos alimentos ricos en grasas o en colesterol?	1	2	7	9	(261)
b. Haga más ejercicios?	1	2	7	9	(262)

2. Para reducir su riesgo de desarrollar enfermedad del corazón o un embolio cerebral, ¿está usted...

Please Read	Yes	No	Dk/Ns	Ref	
a. Comiendo menos alimentos ricos en grasas o en colesterol?	1	2	7	9	(263)
b. Haciendo más ejercicios?	1	2	7	9	(264)

3. ¿Le ha dicho alguna vez su médico que usted tenía alguno de los siguientes?

Please Read	Yes	No	Dk/Ns	Ref	
a. Ataque cardíaco o infarto del miocardio	1	2	7	9	(265)
b. Angina o enfermedad cardíaca coronaria	1	2	7	9	(266)
c. Embolio cerebral	1	2	7	9	(267)

Ö If respondent 35 years old or older continue with Q4. Otherwise, go to next module.

4. ¿Toma aspirina diariamente o día por medio? (268)

a. Yes ***Go to Q6*** 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

5. ¿Tiene usted un problema de salud o una condición que hace que el tomar aspirinas sea peligroso para usted? (269)

If yes, ask "Is this a stomach condition?" Code upset stomachs as stomach problems

a. Yes, not stomach related ***Go to Q7*** 1

b. Yes, stomach problems ***Go to Q7*** 2

c. No ***Go to Q7*** 3

Don't know/Not sure ***Go to Q7*** 7

Refused ***Go to Q7*** 9

6. ¿Por qué toma aspirina?

Please Read	Yes	No	Dk/Ns	Ref	
a. Para aliviar el dolor	1	2	7	9	(270)
b. Para reducir la posibilidad de un ataque cardíaco	1	2	7	9	(271)
c. Para reducir la posibilidad de un embolio cerebral	1	2	7	9	(272)

Ö If respondent is male or is pregnant ("Yes" to core Q11.11), go to next module.

Las preguntas siguientes se refieren a la menopausia, o sea lo que algunas mujeres llaman el "cambio de vida".

Ö If respondent had hysterectomy ("Yes" to core Q11.10) or if respondent is age 65 or older, go to Q8.

7. ¿Ha pasado o está pasando actualmente la menopausia? (273)

Probe for which

a. Yes, have gone through menopause 1

b. Yes, now going through menopause 2

c. No ***Go to Next Module*** 3

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

8. Los estrógenos, como Premarin, y los progestágenos, como Provera, son hormonas femeninas que pueden prescribirse alrededor de la época de la menopausia, después de la menopausia o después de una histerectomía. ¿Le ha hablado su médico sobre los beneficios y riesgos del estrógeno? (274)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

9. Fuera de las píldoras de control de la natalidad, ¿le ha prescrito su médico píldoras de estrógeno? (275)

Do not include estrogen patches

a. Yes 1

b. No ***Go to Next Module*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

10. ¿Está tomando actualmente píldoras de estrógeno? (276)

Do not include estrogen patches

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

11. ¿Por qué...

está tomando...***[if "Yes" to Q10]***

tomó...***[if "No" to Q10]***

...píldoras de estrógeno?

Please Read	Yes	No	Dk/Ns	Never took	Ref	
a. Para prevenir un ataque cardíaco	1	2	7	8	9	(277)
b. Para tratar o prevenir el adelgazamiento de los huesos, la pérdida de hueso o la osteoporosis	1	2	7	8	9	(278)
c. Para tratar síntomas de la menopausia, como los sofocos	1	2	7	8	9	(279)

Module 9: Arthritis

1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido dolores, molestias, agarrotamiento o hinchazón en o alrededor de una articulación? (280)

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Q4*** 2

   Don't know/Not sure ***Go to Q4*** 7

   Refused ***Go to Q4*** 9

2. ¿Estaban esos síntomas presentes la mayoría de los días durante al menos un mes? (281)

   a. Yes 1

   b. No 2

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

3. ¿Está actualmente limitado de alguna manera en cualquier actividad debido a los síntomas en las articulaciones? (282)

   a. Yes 1

   b. No 2

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

4. ¿Le ha informado su médico alguna vez que tiene artritis? (283)

a. Yes 1

b. No ***Go to Next Module*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

5. ¿Qué tipo de artritis le informó su médico que tenía? (284-285)

Type Code . . . . . __ __

Read Only if Necessary

a. Osteoartritis/artritis degenerativa 0 1

b. Reumatismo 0 2

c. Artritis reumatoidea 0 3

d. Enfermedad de Lyme 0 4

e. Otro (especifique)_____ 0 7

f. Nunca vio a un médico 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

6. ¿Está actualmente bajo tratamiento de un médico el artritis? (286)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Module 10: Fruits and Vegetables

Estas próximas preguntas son sobre los alimentos que normalmente come o bebe. Por favor dígame cuán frequente come o bebe cada uno; por ejemplo, dos veces por semana, tres veces al mes, etc. Recuerde, sólo estoy interesado(a) en los alimentos que usted come. Incluya todos los alimentos que come, tanto en casa como fuera de ella.

1. ¿Cuán frequente bebe jugos de fruta tales como naranja (china), toronja, o tomate? (287-289)

   a. Per day . . . . . 1 __ __
   b. Per week . . . . . 2 __ __
   c. Per month . . . . . 3 __ __
   d. Per year . . . . . 4 __ __
   e. Never 5 5 5
   Don't know/Not sure 7 7 7
   Refused 9 9 9

2. Sin contar jugos, ¿cuán frequente come frutas? (290-292)

   a. Per day . . . . . 1 __ __
   b. Per week . . . . . 2 __ __
   c. Per month . . . . . 3 __ __
   d. Per year . . . . . 4 __ __
   e. Never 5 5 5
   Don't know/Not sure 7 7 7
   Refused 9 9 9

3. ¿Cuán frequente come ensaladas verdes? (293-295)

a. Per day . . . . . 1 __ __

b. Per week . . . . . 2 __ __

c. Per month . . . . . 3 __ __

d. Per year . . . . . 4 __ __

e. Never 5 5 5

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

4. ¿Cuán frequente come papas no incluya papas fritas o papitas fritas "chips"? (296-298)

a. Per day . . . . . 1 __ __

b. Per week . . . . . 2 __ __

c. Per month . . . . . 3 __ __

d. Per year . . . . . 4 __ __

e. Never 5 5 5

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

5. ¿Cuán frequente come zanahorias? (299-301)

a. Per day . . . . . 1 __ __

b. Per week . . . . . 2 __ __

c. Per month . . . . . 3 __ __

d. Per year . . . . . 4 __ __

e. Never 5 5 5

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

6. Sin contar zanahorias, papas o ensalada, ¿cuántas porciones de vegetales come usualmente?

(302-304)

Example: A serving of vegetables at both lunch and dinner would be two servings

a. Per day . . . . . 1 __ __

b. Per week . . . . . 2 __ __

c. Per month . . . . . 3 __ __

d. Per year . . . . . 4 __ __

e. Never 5 5 5

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

Module 11: Exercise

Las próximas preguntas son sobre ejercicio, recreación, o actividades físicas fuera de sus deberes normales de trabajo.

1. Durante el pasado mes, ¿participó usted en alguna actividad física o ejercicios tales como correr, calistenia, golf, jardinería, o caminar? (305)

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Next Module*** 2

   Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

   Refused ***Go to Next Module*** 9

2. ¿Qué tipo de actividad física o ejercicio hizo más durante el pasado mes? (306-307)

   Activity ***[specify]***: _____ . . . . . __ __
   See coding list A

   Refused ***Go to Q. 6*** 9 9

Ö Ask Q. 3 only if answer to Q. 2 is running, jogging, walking, or swimming. All others, go to Q. 4.

3. ¿Qué distancia caminaba/corría/nadaba usualmente? (308-310)

See coding list B if response is not in miles and tenths

   Miles and tenths . . . . . __ __.__

   Don't know/Not sure 7 7 7

   Refused 9 9 9

4. ¿Cuántas veces por semana o por mes participó en esta actividad durante el pasado mes? (311-313)

   a. Times per week . . . . . 1 __ __

   b. Times per month . . . . . 2 __ __

   Don't know/Not sure 7 7 7

   Refused 9 9 9

5. Y cuando tomaba parte en esta actividad, ¿por cuántos minutos u horas lo hacía normalmente? (314-316)

Hours and minutes . . . . . __:__ __

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

6. ¿Participó en alguna otra actividad física o ejercicio durante el pasado mes? (317)

a. Yes 1

b. No ***Go to Next Module*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

7. ¿Qué otro tipo de actividad física le brindó a usted el mayor ejercicio durante el pasado mes? (318-319)

Activity ***[specify]***: _____ . . . . . __ __
See coding list A

Refused ***Go to Next Module*** 9 9

Ö Ask Q. 8 only if answer to Q. 7 is running, jogging, walking, or swimming. All others go to Q. 9.

8. ¿Qué distancia caminaba/corría/nadaba usualmente? (320-322)

See coding list B if response is not in miles and tenths

Miles and tenths . . . . . __ __.__

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

9. ¿Cuántas veces por semana o por mes participó en esta actividad? (323-325)

a. Times per week . . . . . 1 __ __

b. Times per month . . . . . 2 __ __

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

10. Y cuando tomaba parte en esta actividad, ¿por cuántos minutos u horas lo hacía normalmente? (326-328)

Hours and minutes . . . . . __:__ __

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

Activity List for Common Leisure Activities
Coding List A

Code Description

01. Aerobics class
02. Backpacking
03. Badminton
04. Basketball
05. Bicycling for pleasure
06. Boating (canoeing, rowing, sailing for pleasure or camping)
07. Bowling
08. Boxing
09. Calisthenics
10. Canoeing/rowing - in competition
11. Carpentry
12. Dancing-aerobics/ballet
13. Fishing from river bank or boat
14. Gardening (spading, weeding, digging, filling)
15. Golf
16. Handball
17. Health club exercise
18. Hiking - cross-country
19. Home exercise
20. Horseback riding
21. Hunting large game - deer, elk
22. Jogging
23. Judo/karate
24. Mountain climbing
25. Mowing lawn
26. Paddleball
27. Painting/papering house
28. Racketball
29. Raking lawn
30. Running
31. Rope skipping
32. Scuba diving
33. Skating - ice or roller
34. Sledding, tobogganing
35. Snorkeling
36. Snowshoeing
37. Snow shoveling by hand
38. Snow blowing
39. Snow skiing
40. Soccer
41. Softball
42. Squash
43. Stair climbing
44. Stream fishing in waders
45. Surfing
46. Swimming laps
47. Table tennis
48. Tennis
49. Touch football
50. Volleyball
51. Walking
52. Waterskiing
53. Weight lifting
54. Other_____
55. Bicycling machine exercise
56. Rowing machine exercise

Coding List B

Lap Swimming

Size pool/Laps
(1 lap = 2 lengths)

50 ft. pool
5 laps (10 lengths) = .1 mile
100 ft. pool
2½ laps (5 lengths) = .1 mile
50 meter pool
1½ laps (3 lengths) = .1 mile

Running/Jogging/Walking

1/2 mile = .5 mile
1/4 mile = .3 mile
1/8 mile = .1 mile
1 block = .1 mile

Module 12: Weight Control

1. ¿Está tratando de perder peso? (329)

   a. Yes ***Go to Q. 3*** 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

2. ¿Está actualmente tratando de mantener su peso, es decir, tratando de no aumentar de peso? (330)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q. 6*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q. 6*** 7

Refused ***Go to Q. 6*** 9

3. ¿Está comiendo menos calorías o menos grasas para ...

perder peso? ***[if "Yes" on Q37]***

evitar aumentar de peso? ***[if "Yes" on Q38]*** (331)

Probe for which

a. Yes, fewer calories 1

b. Yes, less fat 2

c. Yes, fewer calories and less fat 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

4. ¿Está recurriendo a actividad física o a ejercicios para...

perder peso?***[if "Yes" on Q37]***

evitar aumentar de peso?***[if "Yes" on Q38]*** (332)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

5. ¿Cuánto querría pesar? (333-335)

Weight . . . . . __ __ __ pounds

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

6. Durante los pasados doce meses, ¿le ha hablado su médico, enfermera, u otro profesional de salud sobre su peso? (336)

Probe for which

a. Yes, lose weight 1

b. Yes, gain weight 2

c. Yes, maintain current weight 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Module 13: Folic Acid

1. ¿Toma usted vitaminas o suplementos actualmente? (337)

Include liquid supplements

a. Yes 1

b. No ***Go to Q5*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q5*** 7

Refused ***Go to Q5*** 9

2. ¿Son algúnas de ellas multivitaminas? (338)

a. Yes ***Go to Q4*** 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

3. ¿De esas vitaminas o suplementos que usted toma, contiene algúna el acido folico? (339)

a. Yes 1

b. No ***Go to Q5*** 2

Don't know/Not sure ***Go to Q5*** 7

Refused ***Go to Q5*** 9

4. ¿Con qué frecuencia toma usted esta vitamina o suplemento? (340-342)

a. Times per day . . . . . 1 __ __

b. Times per week . . . . . 2 __ __

c. Times per month . . . . . 3 __ __

Don't know/Not sure 7 7 7

Refused 9 9 9

Ö If respondent 45 years old or older, go to next module.

5. Algunos expertos en salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos del ácido fólico de la vitamina B, por cuál de los siguientes motivos.... (343)

Please Read

a. Para fortalecer los huesos 1

b. Para prevenir defectos de nacimiento 2

c. Para prevenir presión arterial alta 3

o

d. Por alguna otra razón 4

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Module 14: Skin Cancer

Las próximas preguntas tienen que ver con lo que hace para proteger su piel cuando sale.

1. Cuando sale un día de verano soleado durante más de una hora, ¿con qué frecuencia usa un protector o bloqueador solar? (344)

Would you say: ***Please Read***

Summer means June, July, and August. Sunny is what respondent considers sunny

a. Siempre 1

b. Casi siempre 2

c. A veces 3

d. Rara vez 4

o

e. Nunca ***Go to Q3*** 5

Do not read these responses

Don't stay out more than an hour ***Go to Q6*** 8

Don't know/Not sure ***Go to Q3*** 7

Refused ***Go to Q3*** 9

2. ¿Cual es el Factor de Protección Solar o SPF del protector solar que usa con mayor frecuencia? (345-346)

Number . . . . . __ __

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9

3. Cuando usted sale un día de verano soleado durante más de una hora, ¿con qué frecuencia se queda en la sombra? (347)

Would you say: ***Please Read***

a. Siempre 1

b. Casi siempre 2

c. A veces 3

d. Rara vez 4

o

e. Nunca 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

4. Cuando usted sale un día de verano soleado durante más de una hora, ¿con qué frecuencia usa un sombrero de ala ancha o cualquier otro sombrero que le proteja la cara, las orejas y el cuello contra el sol? (348)

Would you say: ***Please Read***

a. Siempre 1

b. Casi siempre 2

c. A veces 3

d. Rara vez 4

o

e. Nunca 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

5. Cuando usted sale un día de verano soleado durante más de una hora, ¿con qué frecuencia usa camisas de mangas largas? (349)

Would you say: ***Please Read***

a. Siempre 1

b. Casi siempre 2

c. A veces 3

d. Rara vez 4

o

e. Nunca 5

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

6. Suponga que después de varios meses de no estar al sol usted saliera al sol sin sombrero, protector solar o ropa protectora durante una hora: (350)

Would you: ***Please Read***

a. ¿Se quemaria? 1

b. ¿Se tostaría sin quemarse? ***Go to Next Module*** 2

o

c. No pasaría nada ***Go to Next Module*** 3

Do not read these responses

Don't know/Not sure ***Go to Next Module*** 7

Refused ***Go to Next Module*** 9

7. Would you: ***Please Read*** (351)

a. ¿Se quemaría severamente con ampollas? 1

b. ¿Se quemaría severamente pelándose durante varios días? 2

o

c. ¿Se quemaría levemente sin pelarse? 3

Do not read responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Module 15: Social Context

Las siguientes preguntas se refieren a su vida cotidiana.

1. ¿Cómo considera la seguridad de su vecindario en lo que se refiere a crímenes? (352)

   ¿Diría usted que: ***Please Read***

   a. Sumamente seguro? 1
   b. Bastante seguro? 2
   c. Algo seguro? 3
   d. No es seguro? 4
   Don't know/Not sure 7
   Refused 9

2. ¿Es usted el dueño o alquila su casa? (353)

   a. Own 1
   b. Rent 2
   Refused 9

3. ¿Cuánto hace que vive en la dirección actual? (354)

   Read Only if Necessary

   a. Menos de seis meses (de 1 a 6 meses) 1
   b. Menos de un año (de 6 a 12 meses) 2
   c. Menos de dos años (de 1 a 2 años) 3
   d. Dos años o más 4
   Don't know/Not sure 7
   Refused 9

4. ¿Cuántos amigos íntimos o parientes le ayudarían con sus problemas emocionales o con sus sentimientos si usted lo necesitara? (355)

a. 3 or more 1

b. 2 2

c. 1 3

d. None 4

Don't know/Not Sure 7

Refused 9

5. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado acerca de tener suficiente comida para usted o su familia? (356)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not Sure 7

Refused 9

Module 16: Tobacco Use Prevention

1. Durante los últimos 30 días, ¿ha fumado alguien, incluyéndose usted misma, cigarrillos, cigarros o pipas en algún lugar dentro de su casa? (357)

   a. Yes 1

   b. No 2

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

Ö If "Employed," or "Self-employed" to core Q10.7 continue. Otherwise, go to Q5.

2. Cuando está trabajando, ¿está usted adentro la mayor parte del tiempo? (358)

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Q5*** 2

   Don't know/Not sure ***Go to Q5*** 7

   Refused ***Go to Q5*** 9

3. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor la política oficial del lugar donde usted trabaja en cuanto a fumar en áreas públicas o comunes dentro del edificio, como pasillos, baños y comedores? (359)

   Please Read

For workers who visit clients, "place of work" means their base location

   a. No se permite en ningún lugar público 1

   b. Se permite en algunos lugares públicos 2

   c. Se permite en todos los lugares públicos 3

   o

   d. No hay una política oficial 4

Do not read these responses

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

4. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor la política oficial del lugar donde usted trabaja en cuanto a fumar en las áreas de trabajo? (360)

Please Read

For workers who visit clients, "place of work" means their base location

a. No se permite en ningún área de trabajo 1

b. Se permite en algunas áreas de trabajo 2

c. Se permite en todas las áreas de trabajo 3

d. . . . . **o** No hay una política oficial 4

Do not read these responses

Don't know/Not sure 7

Refused 9

5. ¿Piensa usted que se debería permitir que se fume en todas, algunas o ninguna de las áreas de los siguientes lugares?

Please Read	All Areas	Some Areas	Not Allowed	Dk/Ns	Ref	
a. Restaurantes	1	2	3	7	9	(361)
b. Escuelas	1	2	3	7	9	(362)
c. Guarderías infantiles	1	2	3	7	9	(363)
d. Areas de trabajo dentro de edificios	1	2	3	7	9	(364)

Module 17: Smokeless Tobacco Use

1. ¿Alguna vez ha usado o probado algún producto de tabaco que no se fuma como tabaco de mascar o rapé? (365)

Probe for chewing tobacco, snuff, or both

a. Yes, chewing tobacco 1

b. Yes, snuff 2

c. Yes, both 3

d. No, neither ***Go to Closing Statement*** 4

Don't know/Not sure ***Go to Closing Statement*** 7

Refused ***Go to Closing Statement*** 9

2. ¿Actualmente usa algún producto de tabaco que no se fuma como tabaco de mascar o rapé? (366)

"Yes" includes occa-sional use

a. Yes, chewing tobacco 1

b. Yes, snuff 2

c. Yes, both 3

d. No, neither 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

Quality of Life (Not included in 1999 data file layout)

Las próximas preguntas son acerca de las limitaciones que usted puede tener en su vida diaria.

1. ¿Está usted limitado en alguna manera en algunas actividades como resultado de algún impedimento o problema de salud?

   a. Yes 1

   b. No ***Go to Q6*** 2

   Don't know/Not sure ***Go to Q6*** 7

   Refused ***Go to Q6*** 9

2. ¿Cuál es el impedimento o problema de salud significativo que limita sus actividades?

   Reason Code . . . . . __ __

   Read Only if Necessary

   a. Arthritis/rheumatism 0 1

   b. Back or neck problem 0 2

   c. Fractures, bone/joint injury 0 3

   d. Walking problem 0 4

   e. Lung/breathing problem 0 5

   f. Hearing problem 0 6

   g. Eye/vision problem 0 7

   h. Heart problem 0 8

   i. Stroke problem 0 9

   j. Hypertension/high blood pressure 1 0

   k. Diabetes 1 1

   l. Cancer 1 2

   m. Depression/anxiety/emotional problem 1 3

   n. Other impairment/problem 1 4

   Don't know/Not sure 7 7

   Refused 9 9

3. ¿Durante cuánto tiempo han estado limitadas sus actividades como resultado de su impedimento o problema de salud significativo?

   a. Days . . . . . 1 __ __

   b. Weeks . . . . . 2 __ __

   c. Months . . . . . 3 __ __

   d. Years . . . . . 4 __ __

   Don't know/Not Sure 7 7 7

   Refused 9 9 9

4. Como resultado de algún impedimento o problema de salud, ¿necesita usted la ayuda de otras personas con sus necesidades de ATENCION PERSONAL, como comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa?

   a. Yes 1

   b. No 2

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

5. Como resultado de algún impedimento o problema de salud, ¿necesita usted la ayuda de otras personas para manejar sus necesidades de rutina, como las tareas domésticas, los trámites necesarios, las compras o movilizarse por otros motivos?

   a. Yes 1

   b. No 2

   Don't know/Not sure 7

   Refused 9

6. Durante los últimos 30 dias, ¿aproximadamente cuántos dias el dolor le dificultó cumplir con sus actividades normales, como la atención personal, el trabajo o el entretenimiento?

   a. Number of days . . . . . __ __

   b. None 8 8

   Don't know/Not sure 7 7

   Refused 9 9

7. Durante los últimos 30 dias, ¿aproximadamente cuántos dias se ha sentido usted triste, melancólico o deprimido?

   a. Number of days . . . . . __ __

   b. None 8 8

   Don't know/Not sure 7 7

   Refused 9 9

8. Durante los últimos 30 dias, ¿aproximadamente cuántos dias se ha sentido usted preocupado, tenso o ansioso?

   a. Number of days . . . . . __ __

   b. None 8 8

   Don't know/Not sure 7 7

   Refused 9 9

9. Durante los últimos 30 dias, ¿aproximadamente cuántos dias ha sentido usted que no descansó o durmió lo suficiente?

   a. Number of days . . . . . __ __

   b. None 8 8

   Don't know/Not sure 7 7

   Refused 9 9

10. Durante los últimos 30 dias, ¿aproximadamente cuántos dias se ha sentido usted muy sano y lleno de energia?

a. Number of days . . . . . __ __

b. None 8 8

Don't know/Not sure 7 7

Refused 9 9