

2000

Behavioral Risk Factor Surveillance System Spanish Questionnaire

CORE SECTIONS

Section 1: Health Status	2
Section 2: Health Care Access	4
Section 3: Asthma	9
Section 4: Diabetes	10
Section 5: Care Giving	11
Section 6: Exercise	12
Section 7: Tobacco Use	15
Section 8: Fruits and Vegetables	17
Section 9: Weight Control	20
Section 10: Demographics	22
Section 11: Women's Health	28
Section 12: HIV/AIDS	32

OPTIONAL MODULES

Module 1: Diabetes	39
Module 2: Sexual Behavior	43
Module 3: Family Planning	47
Module 4: Health Care Coverage and Utilization	52
Module 5: Health Care Satisfaction	56
Module 6: Oral Health	59
Module 7: Hypertension Awareness	62
Module 8: Cholesterol Awareness	63
Module 9: Colorectal Cancer Screening	64
Module 10: Immunization	66
Module 11: Injury Control	67
Module 12: Alcohol Consumption	69
Module 13: Cardiovascular Disease	71
Module 14: Arthritis	75
Module 15: Quality of Life and Care Giving	77
Module 16: Folic Acid	83
Module 17: Skin Cancer	85
Module 18: Tobacco Use Prevention	88
Module 19: Smokeless Tobacco	90

Buenos días, mi nombre es _____. Llamo en nombre de _____ y de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Estamos obteniendo información sobre las prácticas de salud de los residentes de _____ para que sirvan de guía para las políticas estatales de salud. Su teléfono ha sido escogido al azar y querríamos hacerle algunas preguntas sobre los hábitos de la vida de día en día que pudieran afectar la salud.

¿Es ésta el _____? **If "no"** Muchas gracias, pero parece que he marcado el número equivocado. Es posible que llamemos a su número en el futuro **Stop**

Es ésta una residencia privada? **If "no"** Muchas gracias, pero sólo estamos entrevistando en residencias privadas. **Stop**

Necesitamos seleccionar al azar un adulto que viva en su casa, para hacerle una entrevista. ¿Cuántos miembros de su casa, incluyéndolo a usted, tienen dieciocho años o más? (62-63)

Number of adults _____

If "1" ¿Es usted el adulto?

If "yes" Entonces usted es la persona con la cual necesito hablar.
Enter 1 man or 1 women below (Ask gender if necessary). Go to page 3

If "no" ¿Es el adulto hombre o mujer? **Enter 1 man or 1 women below.**
¿Puedo hablar [fill in (con el/ ella) from previous question]? **Go to "correct respondent" at bottom of page**

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

Number of men _____ (64)

Number of women _____ (65)

¿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.

Necesito hablar con _____.
If "you," go to page 2

To correct respondent Buenos días, mi nombre es _____. Llamo en nombre de _____ y de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Estamos obteniendo información sobre las prácticas de salud de los residentes de _____ para que sirvan de guía para las políticas estatales de salud. Usted ha sido escogido al azar para ser entrevistado, y querríamos hacerle algunas preguntas sobre los hábitos de la vida de día en día que pudieran afectar la salud.

No le pedimos que nos dé su nombre, dirección ni otra información personal que le identifique. El número de teléfono se borrará una vez que concluyamos todas las entrevistas al final del año. El hecho de que usted participe en esta encuesta no le acarreará riesgo ni beneficio alguno. Su participación es voluntaria. Usted no tiene obligación de responder a pregunta alguna si no quiere hacerlo, y está en libertad de terminar la entrevista en cualquier momento. Esta entrevista toma unos _____ minutos. Toda la información que nos dé se mantendrá confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, le daré un número de teléfono sin cargo que puede llamar para obtener más información.

Section 1: Health Status

1.1. Usted diría que, en general, su salud es: (66)

Please Read

- | | |
|--------------|---|
| a. Excelente | 1 |
| b. Muy buena | 2 |
| c. Buena | 3 |
| d. Regular | 4 |
| o | |
| 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? (67-68)

- | | |
|---------------------|-----|
| 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? (69-70)
- | | |
|---|-----|
| a. Number of days | — — |
| b. None If Q1.2 also "None," go to Q2.1 (p. 4) | 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 recreación? (71-72)
- | | |
|---------------------|-----|
| 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? (73)
- a. Yes 1
 - b. No **Go to Q2.3a (p. 6)** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q2.6 (p. 7)** 7
 - Refused **Go to Q2.6 (p. 7)** 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? (74)
- a. Yes **Go to Q2.6 (p.7)** 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?
(75-76)

¿Tiene la cobertura a través de: Coverage Code — —

Please Read

- | | |
|--|-----|
| a. Su empleador? Go to Q2.4 (p.7) | 0 1 |
| b. El empleador de otra persona? Go to Q2.4 (p.7) | 0 2 |
| c. Un plan que usted u otra persona paga por su cuenta? Go to Q2.4 (p.7) | 0 3 |
| d. Medicare Go to Q2.6 (p.7) | 0 4 |
| e. Medicaid o Asistencia médica? [or substitute state program name]
Go to Q2.4 (p.7) | 0 5 |
| f. Las fuerzas armadas, CHAMPUS, TriCare, o la Administración
de Veteranos? [or CHAMP-VA] Go to Q2.4 (p.7) | 0 6 |
| g. El Servicio de Salud Indio? [or the Alaska Native Health Service]
Go to Q2.4 (p.7) | 0 7 |
| o | |
| h. Alguna otra fuente? Go to Q2.4 (p.7) | 0 8 |
| None Go to Q2.5 (p.7) | 8 8 |
| Don't know/Not sure Go to Q2.4 (p.7) | 7 7 |
| Refused Go to Q2.4 (p.7) | 9 9 |

**Do not
read these
responses**

- 2.3a. Hay ciertos tipos de cobertura que puede no haber considerado. Por favor dígame si tiene alguna de las siguientes: (77-78)

	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		0 3
	d. Medicare Go to Q2.6 (p. 7)		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
	h. Alguna otra fuente		0 8
Do not read these responses	None Go to Q2.5 (p.7)		8 8
	Don't know/Not sure Go to Q2.6 (p.7)		7 7
	Refused Go to Q2.6 (p.7)		9 9

- 2.4. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en que no tenía seguro ni cobertura de salud? (79)
- 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? (80)
- 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? (81)
- 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? (82)

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: Asthma

3.1	¿Alguna vez le dijo un médico que tenía asthma?	(83)
	a. Yes	1
	b. No Go to Q4.1 (p. 10)	2
	Don't know/Not sure Go to Q4.1 (p. 10)	7
	Refused Go to Q4.1 (p. 10)	9
3.2	¿Todavía tiene asthma?	(84)
	a. Yes	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

Section 4: Diabetes

4.1.	¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene diabetes?	(85)
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 5: Care Giving

5.1. Hay ciertas situaciones en las cuales las personas proporcionan atención o ayuda regular a un familiar o personas mayores o que presenta una enfermedad o incapacidad crónica. Durante el mes pasado ¿proporcionó usted este tipo de atención o ayuda a un familiar o amigo de 60 años de edad o mayor? (86)

- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't Know/Not Sure | 7 |
| Refused | 9 |

5.2. ¿A quién llamaría para obtener atención a corto o largo plazo en la casa de un pariente o amigo anciano que ya no puede cuidar de sí mismo? (87-88)

Read Only if Necessary

- | | |
|---|-----|
| a. Pariente o amigo | 0 1 |
| b. Proporcionaría el cuidado yo mismo | 0 2 |
| c. Hogar de ancianos | 0 3 |
| d. Servicio de salud en el hogar | 0 4 |
| e. Médico personal | 0 5 |
| f. Agencia de servicios para ancianos del área | 0 6 |
| g. Hospicio | 0 7 |
| h. Enfermera del hospital | 0 8 |
| i. Minister/priest/Pastor/sacerdote/rabinorabbi | 0 9 |
| j. Otros | 1 0 |
| k. No sé a quién llamaría | 1 1 |
| Refused | 9 9 |

Section 6: Exercise

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

6.1.	Durante el pasado mes, ¿participó usted en alguna actividad física o ejercicios tales como correr, calistenia, golf, jardinería, o caminar?	(89)
a.	Yes	1
b.	No Go to Q7.1 (p. 15)	2
	Don't know/Not sure Go to Q7.1 (p. 15)	7
	Refused Go to Q7.1 (p. 15)	9
6.2.	¿Qué tipo de actividad física o ejercicio hizo más durante el pasado mes?	(90-91)
	Activity [specify]: _____ See coding list A	— —
	Refused Go to Q6.6 (p. 13)	9 9

Ask Q6.3 only if answer to Q6.2 is running, jogging, walking, or swimming. All others, go to Q6.4.

6.3.	¿Qué distancia caminaba/corría/nadaba usualmente?	(92-94)
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
6.4.	¿Cuántas veces por semana o por mes participó en esta actividad durante el pasado mes?	(95-97)
a.	Times per week	1 — —
b.	Times per month	2 — —
	Don't know/Not sure	7 7 7
	Refused	9 9 9

6.5.	Y cuando tomaba parte en esta actividad, ¿por cuántos minutos u horas lo hacía normalmente? (98-100)	
	Hours and minutes	—:— —
	Don't know/Not sure	7 7 7
	Refused	9 9 9
6.6.	¿Participó en alguna otra actividad física o ejercicio durante el pasado mes? (101)	
	a. Yes	1
	b. No Go to Q7.1 (p. 15)	2
	Don't know/Not sure Go to Q7.1 (p. 15)	7
	Refused Go to Q7.1 (p. 15)	9
6.7.	¿Qué otro tipo de actividad física le brindó a usted el mayor ejercicio durante el pasado mes? (102-103)	
	Activity [specify]: _____ See coding list A	— —
	Refused Go to Q7.1 (p. 15)	9 9

Ask Q6.8 only if answer to Q6.7 is running, jogging, walking, or swimming. All others go to Q6.9 (p.14).

6.8.	¿Qué distancia caminaba/corría/nadaba usualmente? (104-106)	
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

6.9. ¿Cuántas veces por semana o por mes participó en esta actividad? (107-109)

a. Times per week	1	__	__
b. Times per month	2	__	__
Don't know/Not sure	7	7	7
Refused	9	9	9

6.10. Y cuando tomaba parte en esta actividad, ¿por cuántos minutos u horas lo hacía normalmente? (110-112)

Hours and minutes	__	:	__	__
Don't know/Not sure	7	7	7	
Refused	9	9	9	

Section 7: Tobacco Use

	7.1.	¿Ha fumado por lo menos cien cigarrillos en su vida?	(113)
5 packs = 100 cigarettes	a.	Yes	1
	b.	No Go to Q8.1 (p. 17)	2
		Don't know/Not sure Go to Q8.1 (p. 17)	7
		Refused Go to Q8.1 (p. 17)	9
	7.2.	¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días, o nunca?	(114)
	a.	Everyday	1
	b.	Some days Go to Q7.3a	2
	c.	Not at all Go to Q7.5 (p. 16)	3
		Refused Go to Q8.1 (p. 17)	9
	7.3.	¿Aproximadamente cuántos cigarrillos, en promedio, fuma al día?	(115-116)
1 pack = 20 cigarettes		Number of cigarettes [76 = 76 or more] Go to Q7.4 (p. 16)	— —
		Don't know/Not sure Go to Q7.4 (p. 16)	7 7
		Refused Go to Q7.4 (p. 16)	9 9
	7.3a.	Como promedio, cuando fumó durante los pasados treinta días, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos fumó por día?	(117-118)
1 pack = 20 cigarettes		Number of cigarettes [76 = 76 or more] Go to Q8.1 (p. 17)	— —
		Don't know/Not sure Go to Q8.1 (p. 17)	7 7
		Refused Go to Q8.1 (p. 17)	9 9

7.4.	¿En los pasados doce meses ha dejado de fumar por lo menos un día o más?	(119)
	a. Yes Go to Q8.1 (p. 17)	1
	b. No Go to Q8.1 (p. 17)	2
	Don't know/Not sure Go to Q8.1 (p. 17)	7
	Refused Go to Q8.1 (p. 17)	9
7.5.	¿Hace cuánto tiempo dejó usted de fumar cigarrillos con regularidad, es decir, todos los días?	(120-121)
	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 8: Fruits and Vegetables

Estas próximas preguntas son sobre los alimentos que normalmente come o bebe. Por favor dígame cuán frecuente 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.

- 8.1. ¿Cuán frecuente bebe jugos de fruta tales como naranja (china), toronja, o tomate? (122-124)
- | | |
|---------------------|-------|
| 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 |
- 8.2. Sin contar jugos, ¿cuán frecuente come frutas? (125-127)
- | | |
|---------------------|-------|
| 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 |

8.3.	¿Cuán frecuente come ensaladas verdes?	(128-130)
	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

8.4.	¿Cuán frecuente come papas no incluya papas fritas o papitas fritas "chips"?	(131-133)
	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

8.5.	¿Cuán frecuente come zanahorias?	(134-136)
	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

8.6. Sin contar zanahorias, papas o ensalada, ¿cuántas porciones de vegetales come usualmente?
(137-139)

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

Section 9: Weight Control

9.1.	¿Está tratando de perder peso?	(140)
	a. Yes Go to Q. 9.3	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9
9.2.	¿Está actualmente tratando de mantener su peso, es decir, tratando de no aumentar de peso?	(141)
	a. Yes	1
	b. No Go to Q. 9.5 (p. 21)	2
	Don't know/Not sure Go to 9.5 (p. 21)	7
	Refused Go to Q. 9.5 (p. 21)	9
9.3.	¿Está comiendo menos calorías o menos grasas para ...	
	perder peso? [if "Yes" on Q. 9.1]	
	evitar aumentar de peso? [if "Yes" on Q. 9.2]	(142)
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

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

perder peso? [if "Yes" on Q. 9.1]

evitar aumentar de peso? [if "Yes" on Q. 9.2] (143)

a. Yes 1

b. No 2

Don't know/Not sure 7

Refused 9

9.5. Durante los pasados doce meses, ¿le ha hablado su médico, enfermera, u otro profesional de salud sobre su peso? (144)

**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

Section 10: Demographics

10.1.	¿Que edad tiene usted?	(145-146)
	Code age in years	— —
	Don't know/Not sure	0 7
	Refused	0 9
10.2.	¿A que raza pertenece?	(147)
	Usted diría que: 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
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9
Do not read these responses		
10.3.	¿Es usted de origen latino o hispano?	(148)
	a. Yes	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

10.4. ¿Está usted: (149)

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 ___ (150)
- b. de cinco a doce años de edad ___ (151)
- c. de trece a diecisiete años de edad ___ (152)

10.6. ¿Cuál es el año escolar mas alto que usted ha completado? (153)

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: (154)

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: (155-156)

Read as Appropriate

**If res-
pondent
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 \$35,000 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. ¿Ha servido activamente, en algún momento, en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, sea en el ejército regular o en unidades de la Guardia Nacional o los reservistas de las fuerzas armadas? (157)

- a. Yes 1
- b. No **Go to Q10.12** 2
- Don't know/Not sure **Go to Q10.12** 7
- Refused **Go to Q10.12** 9

10.10. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su situación actual con respecto al servicio militar? (158)

¿ Está usted: **Please Read**

- a. Actualmente en servicio activo **Go to Q10.12** 1
- b. Actualmente en las reservas **Go to Q10.12** 2
- o**
- c. Retirado del servicio militar 3
- Don't know/Not sure **Go to Q10.12** 7
- Refused **Go to Q10.12** 9

Do not read these responses

10.11. Durante los últimos 12 meses ¿ha recibido parte o toda su atención de salud en instituciones de la Administración de Veteranos? (159)

- a. Yes, all of my health care 1
- b. Yes, some of my health care 2
- c. No, no VA health care received 3
- Don't know/not sure 7
- Refused 9

Probe for which

10.12. ¿Aproximadamente cuánto pesa sin zapatos? (160-162)

- Weight _____ pounds
- Don't know/Not sure 7 7 7

Round fractions up

	Refused	9 9 9
10.13.	¿Cuánto querría pesar?	(163-165)
	Weight	<u> </u> pounds
	Don't know/Not sure	7 7 7
	Refused	9 9 9
10.14.	¿Aproximadamente cuál es su estatura sin zapatos?	(166-168)
Round fractions down	Height	<u> </u> / <u> </u> ft/inches
	Don't know/Not sure	7 7 7
	Refused	9 9 9
10.15.	¿En que condado vive usted?	(169-171)
	FIPS county code	<u> </u>
	Don't know/not sure	7 7 7
	Refused	9 9 9
10.16.	¿Tiene usted más de un número de teléfono en su hogar?	(172)
	a. Yes	1
	b. No Go to Q10.18 (p. 27)	2
	Refused Go to Q10.18 (p. 27)	9

10.17.	¿Cuántos números de teléfonos residenciales tiene usted?	(173)
Exclude dedicated fax and computer lines	Total telephone numbers [8 = 8 or more]	—
	Refused	9
10.18.	Indicate sex of respondent. Ask Only if Necessary	(174)
	Male Go to Section 12: HIV/AIDS (p. 32)	1
	Female	2

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

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? (175)
- a. Yes 1
 - b. No **Go to Q11.4 (p. 29)** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q11.4 (p. 29)** 7
 - Refused **Go to Q11.4 (p. 29)** 9
- 11.2. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último mamograma? (176)
- 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? (177)
- 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? (178)
- a. Yes 1
 - b. No **Go to Q11.7 (p. 30)** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q11.7 (p. 30)** 7
 - Refused **Go to Q11.7 (p. 30)** 9
- 11.5. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último examen de los senos? (179)
- 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? (180)
- 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? (181)
- a. Yes 1
 - b. No **Go to Q11.10 (p. 31)** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q11.10 (p. 31)** 7
 - Refused **Go to Q11.10 (p. 31)** 9
- 11.8. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último Papanicolaou? (182)
- 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?	(183)
	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?	(184)
	a. Yes Go to Section 12: HIV/AIDS (p. 32)	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

**A hysterec-
tomy is an
operation
to remove the
uterus (womb)**

If respondent 45 years old or older, go to Section 12: HIV/AIDS (p. 32)

11.11	¿Sabe si está usted embarazada en estos momentos?	(185)
	a. Yes	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

Section 12: HIV/AIDS

If respondent is 65 years old or older, go to Closing Statement (p. 37).

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.

12.1.	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? (186-187)	— —
Code 01 through 12	a. Grade	— —
	b. Kindergarten	5 5
	c. Never	8 8
	Don't know/Not sure	7 7
	Refused	9 9
12.2.	Si usted tuviera un adolescente que es sexualmente activo, ¿le recomendaría a él o a ella el uso de condones? (188)	
	a. Yes	1
	b. No	2
	Would give other advice	3
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

	12.3.	¿Cuales son sus posibilidades de contagiarse con el VIH, el virus que causa el SIDA? (189)	
		Usted diría que: Please Read	
		a. Altas	1
		b. Medianas	2
		c. Bajas	3
		o	
		d. Ninguna	4
		Not applicable Go to Q12.7a (p. 34)	5
Do not read these responses		Don't know/Not sure	7
		Refused	9
	12.4.	¿Ha donado sangre desde marzo de 1985? (190)	
		a. Yes	1
		b. No Go to Q12.6a (p. 34)	2
		Don't know/Not sure Go to Q12.6a (p. 34)	7
		Refused Go to Q12.6a (p. 34)	9
	12.5.	¿Ha donado sangre durante los últimos 12 meses? (191)	
		a. Yes	1
		b. No	2
		Don't know/Not sure	7
		Refused	9
	12.6.	Salvo las pruebas que se le hayan hecho como parte de donaciones de sangre, ¿alguna vez le hicieron pruebas de VIH? (192)	
Include saliva tests		a. Yes Go to Q12.7 (p. 34)	1
		b. No Go to Closing Statement (p. 37)	2
		Don't know/Not sure Go to Closing Statement (p. 37)	7
		Refused Go to Closing Statement (p. 37)	9

	12.6a. ¿Alguna vez se le han hecho pruebas de VIH?	(193)
Include saliva tests	a. Yes Go to Q12.7a	1
	b. No Go to Closing Statement (p. 37)	2
	Don't know/Not sure Go to Closing Statement (p. 37)	7
	Refused Go to Closing Statement (p. 37)	9
	12.7. Sin contar las donaciones de sangre, ¿se le han hecho pruebas de VIH durante los últimos 12 meses?	(194)
Include saliva tests	a. Yes Go to Q12.8 (p. 35)	1
	b. No Go to Closing Statement (p. 37)	2
	Don't know/Not sure Go to Closing Statement (p. 37)	7
	Refused Go to Closing Statement (p. 37)	9
	12.7a. ¿Se le han hecho pruebas de VIH durante los últimos 12 meses?	(195)
Include saliva tests	a. Yes	1
	b. No Go to Closing Statement (p. 37)	2
	Don't know/Not sure Go to Closing Statement (p. 37)	7
	Refused Go to Closing Statement (p. 37)	9

12.8.	¿Cuál fue el motivo principal por hacerse analizar por el VIH la última vez?	(196-197)
	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 Closing Statement (p. 37)	1 2
	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

12.9.	¿Dónde se le hizo el último análisis por el VIH?	(198-199)
	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

12.10.	¿Ha recibido los resultados de su último análisis?	(200)
	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
12.11.	¿Ha recibido consejos o ha hablado con un profesional de salud sobre los resultados de su análisis?	(201)
	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.

**Activity List for Common Leisure Activities
Coding List A**

Code Description

- | | |
|--|--------------------------------|
| 01. Aerobics class | 28. Racketball |
| 02. Backpacking | 29. Raking lawn |
| 03. Badminton | 30. Running |
| 04. Basketball | 31. Rope skipping |
| 05. Bicycling for pleasure | 32. Scuba diving |
| 06. Boating (canoeing, rowing, sailing for
pleasure or camping) | 33. Skating - ice or roller |
| 07. Bowling | 34. Sledding, tobogganing |
| 08. Boxing | 35. Snorkeling |
| 09. Calisthenics | 36. Snowshoeing |
| 10. Canoeing/rowing - in competition | 37. Snow shoveling by hand |
| 11. Carpentry | 38. Snow blowing |
| 12. Dancing-aerobics/ballet | 39. Snow skiing |
| 13. Fishing from river bank or boat | 40. Soccer |
| 14. Gardening (spading, weeding,
digging, filling) | 41. Softball |
| 15. Golf | 42. Squash |
| 16. Handball | 43. Stair climbing |
| 17. Health club exercise | 44. Stream fishing in waders |
| 18. Hiking - cross-country | 45. Surfing |
| 19. Home exercise | 46. Swimming laps |
| 20. Horseback riding | 47. Table tennis |
| 21. Hunting large game - deer, elk | 48. Tennis |
| 22. Jogging | 49. Touch football |
| 23. Judo/karate | 50. Volleyball |
| 24. Mountain climbing | 51. Walking |
| 25. Mowing lawn | 52. Waterskiing |
| 26. Paddleball | 53. Weight lifting |
| 27. Painting/papering house | 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 1: Diabetes

- | | | |
|----|---|-----------|
| 1. | ¿Qué edad tenía usted cuando le dijeron que usted tenía diabetes? | (202-203) |
| | Code age in years [97 = 97 and older] | — — |
| | Don't know/Not sure | 9 8 |
| | Refused | 9 9 |
| 2. | ¿Se está usted administrando insulina actualmente? | (204) |
| | a. Yes | 1 |
| | b. No | 2 |
| | Refused | 9 |
| 3. | ¿Está tomando actualmente píldoras para la diabetes? | (205) |
| | a. Yes | 1 |
| | b. No | 2 |
| | Don't know/Not sure | 7 |
| | Refused | 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. | (206-208) |
| | 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. ¿Con qué frecuencia se examina los pies buscando llagas o irritaciones? Incluya las veces que un pariente o amigo le hace los exámenes, pero no las veces en que un profesional de salud se los hace. (209-211)
- 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
 - f. No feet 5 5 5
 - Don't know/Not sure 7 7 7
 - Refused 9 9 9
6. ¿Ha tenido llagas o irritaciones en los pies, que hayan tardado más de cuatro semanas para curar? (212)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
7. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante los últimos 12 meses, ha visitado a un médico, enfermera u otro profesional de salud por su diabetes? (213-214)
- a. Number of times _ _
 - b. None 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9

8. Una prueba para hemoglobina, llamada A uno C mide el promedio de la concentración de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Aproximadamente cuántas veces durante los últimos 12 meses ha sido examinado por un médico, enfermera u otro profesional de salud para determinar su hemoglobina "A uno C" ? (215-216)
- | | |
|---|-----|
| a. Number of times [76 = 76 or more] | — — |
| b. None | 8 8 |
| c. Never heard of hemoglobin "A one C" test | 9 8 |
| Don't know/Not sure | 7 7 |
| Refused | 9 9 |

If "no feet" to Q5, go to Q10

9. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante los últimos 12 meses, se hizo examinar los pies por un profesional de salud para descubrir llagas o irritaciones? (217-218)
- | | |
|---------------------|-----|
| a. Number of times | — — |
| b. None | 8 8 |
| Don't know/Not sure | 7 7 |
| Refused | 9 9 |
10. ¿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. (219)
- 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 |

- 11. ¿Le ha informado su médico que la diabetes le afectó los ojos o que presenta retinopatía?
(220)
 - a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

- 12. ¿Ha tomado algún curso o clase para aprender a manejar su diabetes por sí mismo?
(221)
 - a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

Module 2: Sexual Behavior

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? | (222-223) |
| | 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? | (224) |
| | 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 ... | (225) |
| | 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 |
| | d. Por alguna otra razón? | 4 |
| | Don't know/Not sure | 7 |
| | Refused | 9 |

**Do not
read these
responses**

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? (226)

Usted diría que: **Please Read**

- | | |
|--------------------------|---|
| a. Muy efectivo | 1 |
| b. Más o menos efectivo | 2 |
| o | |
| c. Nada efectivo | 3 |
| Don't know how effective | 4 |
| Don't know method | 5 |
| Refused | 9 |

Do not read these responses

5. ¿Cuántos nuevos compañeros sexuales tuvo usted en los pasados doce meses? (227-228)
- | | |
|--------------------------------------|-----|
| a. Number [76 = 76 or more] | — — |
| b. None | 8 8 |
| Don't know/Not sure | 7 7 |
| Refused | 9 9 |
- A new sex partner is someone the respondent had sex with for the first time in the past 12 months

6. Le voy a leer una lista. Cuando termine, por favor dígame 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? (229)

- | | |
|---------------------|---|
| 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? (230)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 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? (231)

- | | |
|---------------------|---|
| 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? (232)
- 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?

<i>Please Read</i>	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>NA</u>	<u>Ref</u>	
<p>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</p>						
<p>a. ¿Redujo usted el número de compañeros sexuales o se abstuvo?</p>	1	2	7		9	(233)
<p>b. ¿Tiene usted ahora relaciones sexuales sólo con el mismo compañero o compañera?</p>	1	2	7	8	9	(234)
<p>c. ¿Utiliza usted ahora siempre condones para su protección?</p>	1	2	7	8	9	(235)

Module 3: Family Planning

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.

If pregnant now ("Yes" to core Q10.11), go to Q2a.

- | | | |
|--------------------|--|-------|
| 1. | ¿Ha estado usted embarazada en los últimos cinco años? | (236) |
| | 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? | (237) |
| | ¿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? (238)

¿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

If respondent had hysterectomy ("Yes" to core Q11.10) or is pregnant now ("Yes" to core Q11.11), go to Q6.

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 (husband/partner) from core Q10.4]** 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. (239)
- | | |
|--|---|
| 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 Q10.4]? (240-241)

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? (242-243)

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 [especifique]_____ | 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, revisiones anuales, exámenes de la mama, pruebas por enfermedades transmitidas por contacto sexual y otros problemas de salud femeninos? (244)

¿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 |
| Don't know/not sure | 7 |
| Refused | 9 |

**Do not
read these
responses**

	7.	¿Alguna vez utilizó usted los servicios de una clínica de planificación familiar?	(245)
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?	(246)
		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 and Utilization

To be asked following core Q2.3a if response is "none"

1.	¿Cuál es la razón principal por la cual no tiene cobertura de salud?	(247-248)
	Reason Code	— —
	Read Only if Necessary	
	a. Pérdida del empleo o cambio de empleador Go to core Q2.5	0 1
	b. Cónyuge o padre perdió el empleo o cambió de empleador [includes any person who had been providing insurance prior to job loss or change] Go to core Q2.5	0 2
	c. Se divorció o separó Go to core Q2.5	0 3
	d. Cónyuge o padre falleció Go to core Q2.5	0 4
	e. Perdió la elegibilidad debido a la edad o porque abandonó el colegio Go to core Q2.5	0 5
	f. El empleador no ofrece o dejó de ofrecer cobertura Go to core Q2.5	0 6
	g. Redujo el trabajo a tiempo parcial o se volvió empleado temporal Go to core Q2.5	0 7
	h. Los beneficios del empleador o del último empleador caducaron Go to core Q2.5	0 8
	i. No pudo seguir pagando las primas Go to core Q2.5	0 9
	j. La compañía de seguros rehusó la cobertura Go to core Q2.5	1 0
	k. Perdió la elegibilidad en Medicaid o en Asistencia Médica Go to core Q2.5	1 1
	l. Otros Go to core Q2.5	8 7
	Don't know/Not sure Go to core Q2.5	7 7
	Refused Go to core Q2.5	9 9

To be asked following core Q2.4 if response is "yes."

1a. ¿Cuál fue la razón principal de que no tuviera cobertura de salud durante los últimos 12 meses?
(249-250)

Reason Code

— —

Read Only if Necessary

- | | |
|--|-----|
| a. Pérdida del empleo o cambio de empleador Go to core Q2.6 | 0 1 |
| b. Cónyuge o padre perdió el empleo o cambió de empleador [includes any person who had been providing insurance prior to job loss or change] Go to core Q2.6 | 0 2 |
| c. Se divorció o separó Go to core Q2.6 | 0 3 |
| d. Cónyuge o padre falleció Go to core Q2.6 | 0 4 |
| e. Perdió la elegibilidad debido a la edad o porque abandonó el colegio Go to core Q2.6 | 0 5 |
| f. El empleador no ofrece o dejó de ofrecer cobertura Go to core Q2.6 | 0 6 |
| g. Redujo el trabajo a tiempo parcial o se volvió empleado temporal Go to core Q2.6 | 0 7 |
| h. Los beneficios del empleador o del último empleador caducaron Go to core Q2.6 | 0 8 |
| i. No pudo seguir pagando las primas Go to core Q2.6 | 0 9 |
| j. La compañía de seguros rehusó la cobertura Go to core Q2.6 | 1 0 |
| k. Perdió la elegibilidad en Medicaid o en Asistencia Médica Go to core Q2.6 | 1 1 |
| l. Otros Go to core Q2.6 | 8 7 |
| Don't know/Not sure Go to core Q2.6 | 7 7 |
| Refused Go to core Q2.6 | 9 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? (251)
- If "no," ask "¿Hay más de un lugar que usted visita generalmente, o no hay ningún lugar?"
- a. Yes **Go to Q4** 1
 - b. More than one place 2
 - c. No **Go to Next Module** 3
 - Don't know/Not sure **Go to Next Module** 7
 - Refused **Go to Next Module** 9
3. ¿Asiste usted a uno de estos lugares con más frecuencia cuando está enfermo o necesita consejo acerca de su salud? (252)
- a. Yes 1
 - b. No **Go to Q5** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q5** 7
 - Refused **Go to Q5** 9
4. ¿Qué tipo de lugar es? (253)
- ¿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
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
- Do not read these responses

5. ¿Tiene usted alguna persona en particular a quien considere su doctor personal o proveedor de servicios de salud? (254)

If "no," ask "¿Hay más de uno o no hay médico habitual donde se atiende usted?"	a. Yes, only one	1
	b. More than one	2
	c. No	3
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

Module 5: Health Care Satisfaction

If Health Care Coverage and Utilization Module used, go to Q2

	1. ¿Tiene usted alguna persona en particular a quien considere su doctor personal o proveedor de servicios de salud?	(254)
If "no," ask "¿Hay más de uno o no hay médico habitual donde se atiende usted?"	a. Yes, only one	1
	b. More than one	2
	c. No	3
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9
	2. En los últimos 12 meses ¿cuántas veces tuvo que ir a la sala de emergencia del hospital para recibir atención médica?	(255-256)
Do not include stand-alone urgent care centers	a. Number of times	— —
	b. None	8 8
	Don't know/Not sure	7 7
	Refused	9 9
	3. Durante los últimos 12 meses, [fill in "y sin contar las veces que fue a la sala de emergencia del hospital" if Q2=1-76], ¿cuántas veces visitó el consultorio de un médico o la clínica para recibir atención médica?	(257)
	¿Diría que fue: Please Read	
	a. Ninguna vez Go to Next Module	8
	b. Una vez	1
	c. Dos veces	2
	d. Tres veces	3
	e. Cuatro veces	4
	f. Cinco a nueve veces	5
	o	
	g. 10 o más veces	6
	Don't know/Not Sure	7
	Refused	9

4. En los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia fue escuchado cuidadosamente por los médicos u otros profesionales de salud? (258)

¿Diría que fue: **Please Read**

- | | |
|----------------|---|
| a. Nunca | 1 |
| b. A veces | 2 |
| c. Normalmente | 3 |
| or | |
| d. Siempre | 4 |

**Do not
read these
responses**

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

5. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia le explicaron las cosas los médicos u otros profesionales de salud de manera que usted pudiera entenderlas bien? (259)

¿Diría que fue: **Please Read**

- | | |
|----------------|---|
| a. Nunca | 1 |
| b. A veces | 2 |
| c. Normalmente | 3 |
| or | |
| d. Siempre | 4 |

**Do not
read these
responses**

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

6. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia le demostraron los médicos u otros profesionales de salud respeto por lo que usted les decía? (260)

¿Diría que fue: **Please Read**

- | | |
|----------------|---|
| a. Nunca | 1 |
| b. A veces | 2 |
| c. Normalmente | 3 |
| or | |
| d. Siempre | 4 |

**Do not
read these
responses**

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

7. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia le dedicaron suficiente tiempo los médicos u otros profesionales de salud? (261)

¿Diría que fue: **Please Read**

	a. Nunca	1
	b. A veces	2
	c. Normalmente or	3
	d. Siempre	4
Do not read these responses	Don't know/Not Sure	7
	Refused	9

8. Queremos saber cómo clasifica a toda la atención de salud que recibió durante los últimos 12 meses, de todos los médicos y otros profesionales de salud. Use cualquier cifra del 1 al 5, en que 1 indique la peor atención posible y 5 la mejor atención posible. ¿Cómo clasificaría su atención de salud? (262)

a. 1 Worst health care possible	1
b. 2	2
c. 3	3
d. 4	4
e. 5 Best health care possible	5
Don't know/Not Sure	7
Refused	9

Module 6: Oral Health

1. ¿Cuánto hace que usted no visita a un dentista o una clínica dental por cualquier motivo? (263)

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

2. ¿Cuántos dientes permanentes se le han extraído debido a caries o enfermedad de las encías? No incluya los dientes perdidos por otros motivos, como accidentes u ortodoncia. (264)

Include teeth lost due to "infection"

- a. 1 to 5 1
- b. 6 or more but not all 2
- c. All 3
- d. None 8
- Don't know/Not sure 7
- Refused 9

If "never" to Q1 or "all" to Q2, go to 4.

3. ¿Cuánto hace que no se hace una “limpieza” de los dientes por un dentista o higienista dental? (265)

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 |

If "within the past year," to Q1 or Q3, go to Q5.

4. ¿Cuál es el motivo principal por el cual usted no visitó al dentista el año pasado? (266-267)

Reason code — —

Read Only if Necessary

- | | |
|--|-----|
| a. Temor, aprensión, nervios, dolor, no me gusta ir | 0 1 |
| b. Costo | 0 2 |
| c. No tengo/no conozco un dentista | 0 3 |
| d. No puedo llegar a la oficina/clinica (demasiado lejos, no hay transporte, no hay citas disponibles) | 0 4 |
| e. No hay motivo para ir (falta de problemas, no dientes) | 0 5 |
| f. Otras prioridades | 0 6 |
| g. No lo pensé | 0 7 |
| h. Otro | 0 8 |
| Don't know/Not sure | 7 7 |
| Refused | 9 9 |

5. ¿Tiene usted algún tipo de seguro que pague por parte o toda su atención dental de rutina, incluyendo seguro dental, planes prepagos como los HMO o planes del gobierno como Medicaid?
(268)

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

Module 7: Hypertension Awareness

1. ¿Hace aproximadamente cuánto tiempo que un doctor, enfermera u otro profesional médico le tomó la presión arterial? (269)

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 Next Module** 8
 - Refused 9

2. ¿Le ha dicho alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional médico que tiene presión arterial alta? (270)
 - 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

3. ¿Se le ha dicho en más de una ocasión que tiene presión arterial alta, o nada más una vez? (271)
 - a. More than once 1
 - b. Only once 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

Module 8: Cholesterol Awareness

1. El colesterol sanguíneo es una sustancia adiposa que se encuentra en la sangre. ¿Se ha examinado alguna vez el nivel de colesterol? (272)
 - 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. ¿Hace aproximadamente cuánto tiempo que se examinó el nivel de colesterol? (273)

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

3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor u otro profesional médico que su colesterol sanguíneo es alto? (274)
 - a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

Module 9: Colorectal Cancer Screening

If respondent 40 years or older, continue with this module. Otherwise, go to next module.

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? (275)
 - a. Yes 1
 - b. No **Go to Q3** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q3** 7
 - Refused **Go to Q3** 9

2. ¿Cuándo se hizo la última prueba de sangre en las heces usando una prueba casera? (276)

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

3. Una sigmoidoscopia o colonoscopia 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? (277)
 - 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

4. ¿Cuándo le hicieron la última sigmoidoscopia o colonoscopia? (278)

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

Module 10: Immunization

- | | | |
|----|--|-------|
| 1. | ¿Ha recibido una vacuna contra la influenza (gripe) en los pasados doce meses? | (279) |
| | a. Yes | 1 |
| | b. No | 2 |
| | Don't know/Not sure | 7 |
| | Refused | 9 |
| 2. | ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra la neumonía? | (280) |
| | a. Yes | 1 |
| | b. No | 2 |
| | Don't know/Not sure | 7 |
| | Refused | 9 |

Module 11: Injury Control

If core Q10.5a, b, and c are all "None," go to Q3

Code <1 yr. as "01"	1. ¿Cuál es la edad del niño mayor de su casa menor de dieciséis años?	(281-282)
	a. Code age in years	— —
	b. No children under age 16 Go to Q3	8 8
	Don't know/Not sure Go to Q3	7 7
	Refused Go to Q3	9 9

If oldest child 5 years or older, continue with Q2. Otherwise, go to Q3.

Do not read these responses	2. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha usado el niño de [fill in age from Q. 1]-años un casco protector al andar en bicicleta?	(283)
	Usted diría que: Please Read	
	a. Siempre	1
	b. Casi siempre	2
	c. A veces	3
	d. Rara vez	4
	e. Nunca	5
	Don't know/Not sure	7
	Never rides a bicycle	8
	Refused	9

3. ¿Cuándo fue la última vez que usted u otra persona reviso intencionadamente todos los detectores de humo de su casa? (284)

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 |

Module 12: Alcohol Consumption

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? (285)
 - 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. ¿Durante el pasado mes, cuántos días a la semana o al mes, en promedio, ingirió bebidas alcohólicas? (286-288)
 - a. Days per week 1 ___
 - b. Days per month 2 ___
 - Don't know/Not sure **Go to Q4** 7 7 7
 - Refused **Go to Q4** 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? (289-290)
 - Number of drinks ___
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 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? (291-292)
 - a. Number of times ___
 - b. None 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9

5. ¿Durante el pasado mes, cuántas veces ha conducido un automóvil cuando tal vez ha tomado demasiado? (293-294)
- a. Number of times — —
 - b. None 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9

Module 13: Cardiovascular Disease

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

Please Read	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Coma menos alimentos ricos en grasas o en colesterol?	1	2	7	9	(295)
b. Haga más ejercicios?	1	2	7	9	(296)

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

Please Read	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Comiendo menos alimentos ricos en grasas o en colesterol?	1	2	7	9	(297)
b. Haciendo más ejercicios?	1	2	7	9	(298)

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

Please Read	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Ataque cardíaco o infarto del miocardio	1	2	7	9	(299)
b. Angina o enfermedad cardíaca coronaria	1	2	7	9	(300)
c. Embolio cerebral	1	2	7	9	(301)

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

4. ¿Toma aspirina diariamente o día por medio? (302)
- | | |
|------------------------|---|
| 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? (303)

If yes, ask "Se trata de un problema con el estómago?" 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	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Para aliviar el dolor	1	2	7	9	(304)
b. Para reducir la posibilidad de un ataque cardíaco	1	2	7	9	(305)
c. Para reducir la posibilidad de un embolio cerebral	1	2	7	9	(306)

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".

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? (307)

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? (308)
- 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? (309)
- 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? (310)
- 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	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Never took</u>	<u>Ref</u>	
a. Para prevenir un ataque cardíaco	1	2	7	8	9	(311)
b. Para tratar o prevenir el adelgazamiento de los huesos, la pérdida de hueso o la osteoporosis	1	2	7	8	9	(312)
c. Para tratar síntomas de la menopausia, como los sofocos	1	2	7	8	9	(313)

Module 14: Arthritis

1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido dolores, molestias, agarrotamiento o hinchazón en o alrededor de una articulación? (314)
 - 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? (315)
 - 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? (316)
 - 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?	(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
5.	¿Qué tipo de artritis le informó su médico que tenía?	(318-319)
	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?	(320)
	a. Yes	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

Module 15: Quality of Life and Care Giving

Las siguientes preguntas son acerca de problemas o limitaciones físicos, mentales, o emocionales que usted pudiera tener en su vida diaria.

1. ¿Está usted limitado en alguna manera en algunas actividades como resultado de algún impedimento o problema de salud? (321)
 - 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? (322-323)

Reason Code	— —
Read Only if Necessary	
a. Artritis/reumatismo	0 1
b. Trastorno de la espalda o el cuello	0 2
c. Fracturas, lesión ósea/articular	0 3
d. Problema para caminar	0 4
e. Trastorno pulmonar/respiratorio	0 5
f. Trastorno de la audición	0 6
g. Trastorno de los ojos/de la vista	0 7
h. Trastorno cardíaco	0 8
i. Trastorno por accidente cerebrovascular	0 9
j. Hipertensión/presión arterial alta	1 0
k. Diabetes	1 1
l. Cáncer	1 2
m. Depresión/ansiedad/trastorno emocional	1 3
n. Otro trastornos o problemas	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? (324-326)
- 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 atención personal, como comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa? (327)
- 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? (328)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

6. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días el dolor le dificultó cumplir con sus actividades normales, como la atención personal, el trabajo o el entretenimiento? (329-330)
- a. Number of days — —
 - b. None 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9
7. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se ha sentido usted triste, melancólico o deprimido? (331-332)
- a. Number of days — —
 - b. None 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9
8. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se ha sentido usted preocupado, tenso o ansioso? (333-334)
- a. Number of days — —
 - b. None 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9
9. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días ha sentido usted que no descansó o durmió lo suficiente? (335-336)
- a. Number of days — —
 - b. None 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9

10. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se ha sentido usted muy sano y lleno de energía? (337-338)
- | | |
|---------------------|-----|
| a. Number of days | — — |
| b. None | 8 8 |
| Don't know/Not sure | 7 7 |
| Refused | 9 9 |

If "yes" to Q4, continue. Otherwise, go to Q13.

11. Usted informó antes que, debido a su incapacitación, necesita un poco de ayuda de otra persona para sus necesidades de cuidado personal. ¿Quién le ayuda normalmente con sus necesidades de cuidado personal, por ejemplo, para comer, bañarse, vestirse o andar por la casa? (339-340)

Read Only if Necessary

If a relative that is paid, code as appropriate relative

- | | |
|--|-----|
| a. Esposo/esposa/pareja | 0 1 |
| b. Padre/madre/hijo/yerno/hija/nuera | 0 2 |
| c. Otro pariente | 0 3 |
| d. Voluntario sin pago | 0 4 |
| e. Empleado con pago o servicio de salud en el hogar | 0 5 |
| f. Amigo o vecino | 0 6 |
| g. Combinación de familia y/o amigos | 0 7 |
| h. Otros | 0 8 |
| i. Nadie me ayuda Go to Q13 | 0 9 |
| Don't Know/Not Sure | 7 7 |
| Refused | 9 9 |

12. ¿Es la asistencia que recibe para satisfacer sus necesidades de cuidado personal: (341)

Please Read

	a. Normalmente adecuada?	1
	b. A veces adecuada?	2
	o	
	c. Raras veces adecuada?	3
Do not read these responses	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

If "yes" to Q5, continue. Otherwise, go to Next Module

13. Usted informó antes que, debido a su incapacitación, necesita un poco de ayuda de otra persona para sus necesidades de rutina. ¿Quién le ayuda normalmente con sus necesidades de rutina, por ejemplo para hacer sus tareas domésticas de día en día, salir de compras o salir para otros fines? (342-343)

Read Only if Necessary

If a rela- tive that is paid, code as appropri- ate relative	a. Esposo/esposa/pareja	0 1
	b. Padre/madre/hijo/yerno/hija/nuera	0 2
	c. Otro pariente	0 3
	d. Voluntario sin pago	0 4
	e. Empleado con pago o servicio de salud en el hogar	0 5
	f. Amigo o vecino	0 6
	g. Combinación de familia y/o amigos	0 7
	h. Otros	0 8
	i. Nadie me ayuda Go to Next Module	0 9
	Don't Know/Not Sure	7 7
Refused	9 9	

14. ¿Es la asistencia que recibe para satisfacer sus necesidades de rutina: (344)

Please Read

a. Normalmente adecuada? 1

b. A veces adecuada? 2

o
c. Raras veces adecuada? 3

Don't know/Not sure 7

Refused 9

**Do not
read these
responses**

Module 16: Folic Acid

	1. ¿Toma usted vitaminas o suplementos actualmente?	(345)
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 algunas de ellas multivitaminas?	(346)
	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 alguna el acido folico?	(347)
	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?	(348-350)
	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

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.... (351)

Please Read

- | | |
|---|---|
| a. Para fortalecer los huesos | 1 |
| b. Para prevenir defectos de nacimiento | 2 |
| c. Para prevenir presión arterial alta | 3 |
| d. Por alguna otra razón | 4 |

**Do not
read these
responses**

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

Module 17: 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)

Usted diría que: **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
	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? (353-354)

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)

Usted diría que: **Please Read**

	a. Siempre	1
	b. Casi siempre	2
	c. A veces	3
	d. Rara vez	4
	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? (356)

Usted diría que: **Please Read**

	a. Siempre	1
	b. Casi siempre	2
	c. A veces	3
	d. Rara vez	4
	○	
	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? (357)

Usted diría que: **Please Read**

	a. Siempre	1
	b. Casi siempre	2
	c. A veces	3
	d. Rara vez	4
	○	
	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: (358)

Usted diría que: **Please Read**

a. ¿Se quemaría? 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. Usted diría que: **Please Read** (359)

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 18: 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? (360)
 - a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

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? (361)
 - 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? (362)

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 |
| | 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? (363)

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. 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	<u>All Areas</u>	<u>Some Areas</u>	<u>Not Allowed</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Restaurantes	1	2	3	7	9	(364)
b. Escuelas	1	2	3	7	9	(365)
c. Guarderías infantiles	1	2	3	7	9	(366)
d. Areas de trabajo dentro de edificios	1	2	3	7	9	(367)

If "No" to core Q7.1 or "Not at all" to core Q7.2, go to Next Module

6. ¿Le ha aconsejado un médico u otro profesional de salud, en algún momento, que deje de fumar? (368)

If yes, ask "¿Aproximadamente cuánto hace de esto?"	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 19: Smokeless Tobacco Use

	1.	¿Alguna vez ha usado o probado algún producto de tabaco que no se fuma como tabaco de mascar o rapé?	(369)
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?	(370)
"Yes" includes occasional 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