**Behavioral Risk Factor Surveillance System Logo**

**2022**

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

***F I N A L***

***UTAH: May 12, 2021***

*CDC: February 20, 2021*

**NOTES:**

1. **Las opciones de respuesta EN MAYÚSCULAS reemplazan el texto.**
2. **Los resaltados rosas indican que estas notas/instrucciones deben incluirse en el código Ci3.**

Formulario aprobado

No OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2022

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 27 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

|  |
| --- |
| NOTA: El ENTREVISTADOR no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporciónele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el ENTREVISTADOR no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a [ivk7@cdc.gov](mailto:ivk7@cdc.gov). |

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2021**

# **Índice**

[Índice 3](#_Toc100305783)

[Encabezado OMB 5](#_Toc100305784)

[Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija 5](#_Toc100305785)

[Guion del Entrevistador para Teléfono Celular 9](#_Toc100305786)

[Secciones Básicas 13](#_Toc100305787)

[Sección 1: Estado de Salud 13](#_Toc100305788)

[Sección 2: Días Saludables 13](#_Toc100305789)

[Sección 3: Acceso a Atención Médica 14](#_Toc100305790)

[Discriminación y Utilización de Salud Médica 16](#_Toc100305791)

[Sección 4: Ejercicio 17](#_Toc100305792)

[Sección 5: Sueño insuficiente 18](#_Toc100305793)

[Sección 6: Salud Bucal 18](#_Toc100305794)

[Sección 7: Afecciones Crónicas 19](#_Toc100305795)

[Sección 8: Información Demográfica 22](#_Toc100305796)

[Módulo 25: Sexo al Nacer 25](#_Toc100305797)

[Módulo 26: Orientación Sexual e Identidad de Género 25](#_Toc100305798)

[Sección 8: Información Demográfica CONTINUED 27](#_Toc100305799)

[Módulo 22: Sector Laboral y Ocupación 31](#_Toc100305800)

[Sección 9: Discapacidad 35](#_Toc100305801)

[Sección 10: Detección del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino 36](#_Toc100305802)

[Sección 11: Detección del Cáncer Colorrectal 38](#_Toc100305803)

[Sección 12: Consumo de Tabaco 41](#_Toc100305804)

[Sección13: Examen De Cáncer De Pulmón 43](#_Toc100305805)

[Sección 14: Consumo de Alcohol 45](#_Toc100305806)

[Sección 15: Vacunación 46](#_Toc100305807)

[Vacunación Vacunal (Solo para Adultos) 47](#_Toc100305808)

[Sección 16: V.I.H./Sida 47](#_Toc100305809)

[Emerging Core: Efectos a largo plazo del COVID-19 49](#_Toc100305810)

[Módulos Opcionales 50](#_Toc100305811)

[Módulo 9: Sobrevivientes de Cáncer, Tipo de Cáncer 50](#_Toc100305812)

[Módulo 10: Sobrevivencia al Cáncer, Curso de Tratamiento 51](#_Toc100305813)

[Módulo 11: Sobrevivientes de Cáncer, Manejo del Dolor 54](#_Toc100305814)

[Módulo 13: Deterioro Cognitivo 54](#_Toc100305815)

[Módulo 14: Cuidado de Personas 56](#_Toc100305816)

[Module 16: Determinantes Sociales y Equidad en la Salud 59](#_Toc100305817)

[Accesso al Transporte 62](#_Toc100305818)

[Inseguridad Alimentaria 62](#_Toc100305819)

[Módulo 18: Cese del Tabaco 63](#_Toc100305820)

[Preguntas sobre el Uso del Tabaco en Utah 64](#_Toc100305821)

[Módulo 20: Entrevista Del Breve Examen De Alcohol 66](#_Toc100305822)

[Módulo 23: Selección Aleatoria de Niños 68](#_Toc100305823)

[Módulo 24: Prevalencia del Asma Infantil 72](#_Toc100305824)

[Preguntas Adicionales del Estado 73](#_Toc100305825)

[Vacuna contra la Vacilación (solo para Niños) 73](#_Toc100305826)

[Diabetes – 74](#_Toc100305827)

[Seguro y Acceso 77](#_Toc100305828)

[Tatuajes 80](#_Toc100305829)

[Uso de Marihuana de Utah 82](#_Toc100305830)

[Telesalud/Telemedicina 83](#_Toc100305831)

[Atención Preventiva de Rutina 84](#_Toc100305832)

[Salud Sexual 84](#_Toc100305833)

[Planificación Familiar – 86](#_Toc100305834)

[Acceso a la Planificación Familiar 88](#_Toc100305835)

[Violencia Sexual y Violencia de Pareja Íntima– needs Spanish translation once the testing is finished 90](#_Toc100305836)

[COVID-19 93](#_Toc100305837)

[Suicido 96](#_Toc100305838)

[Seguridad de Armas de Fuego y Suicido 96](#_Toc100305839)

[Genómica del Cancer 98](#_Toc100305840)

[Substance Abuse and Chronic Pain 100](#_Toc100305841)

[Experiencias Adversas en la Infancia 101](#_Toc100305842)

[Experiencias Protectoras de la Niñez 104](#_Toc100305843)

[Guion para Pedir Permiso para Volver a Llamar y Preguntar Sobre el Asma 106](#_Toc100305844)

[Selección para Llamada de Seguimiento Sobre el Asma 107](#_Toc100305845)

[Declaración Final 107](#_Toc100305846)

# Encabezado OMB

Formulario aprobado

N.o OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2021

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es de un promedio de 27 minutos por respuesta e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, consultar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, así como concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

|  |
| --- |
| NOTA: El ENTREVISTADOR no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporciónele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el ENTREVISTADOR no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a [ivk7@cdc.gov](mailto:ivk7@cdc.gov). |

# Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija

HOLA, llamo de parte del Departamento de Salud de Utah.Mi nombre es **(nombre)** . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de Utah. Este proyecto lo lleva a cabo el Departamento de Salud de Utah con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

**LL01**  ¿Estoy hablando al **(número de teléfono)** ?

(63)

1 SÍ, NÚMERO CORRECTO **[PASE AL LL04]**

2 NO, EL NÚMERO NO ES EL MISMO **[TERMINAR]**

***[CATI /NOTE: IF LL01 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO CREO QUE LLAMÓ A UN NÚMERO EQUIVOCADO. ES POSIBLE QUE SU NÚMERO SEA SELECCIONADO EN OTRA OPORTUNIDAD. GRACIAS POR SU ATENCIÓN. ADIÓS.’]***

**PVTRES**

**LL02** ¿Estoy hablando a una residencia particular?

(64)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** Por residencia particular queremos decir una vivienda como una casa o apartamento.

1 SÍ **[PASE AL LL04]**

2 NO **[PASE AL LL03]**

3 NO, ES SOLO UN TELÉFONO COMERCIAL **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL02 = 3 (NO, THIS IS A BUSINESS PHONE), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS*** ***ENTREVISTANDO A PERSONAS CON LÍNEAS TELEFÓNICAS EN SUS*** ***RESIDENCIAS PARTICULARES.’]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: LOS NÚMEROS COMERCIALES QUE TAMBIÉN SE UTILIZAN PARA LA COMUNICACIÓN PERSONAL SON ELEGIBLES.]***

**Residencia Universitaria**

**LL03** ¿Vive en una residencia universitaria??

(65)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad.

1 SÍ **[PASE AL LL04]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PARTICULAR O UNIVERSITARIA.’]***

**Estado Donde Reside**

**LL04** ¿Usted vive en estos momentos en Utah?

(66)

**NOTA:** Estado de residencia es el estado en el que ha residido por lo menos 30 días consecutivos durante el cual se esta llevando a cabo la encuesta para la que se esta llamando.

1 SÍ  **[PASE AL LL05]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL04 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS*** ***ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN UTAH.’]***

**Teléfono Celular**

**LL05** ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

(67)

**NOTA**: El servicio telefónico por internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack, y otros servicios telefónicos de uso residencial).

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** ‘Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario.’

1 SÍ, ES UN TELÉFONO CELULAR **[TERMINAR]**

***[INTERVIEWER NOTE: YOU INDICATED THIS NUMBER REACHES A CELL PHONE. IF THIS NUMBER IS A LANDLINE, PRESS '4' TO RETURN TO THE PREVIOUS QUESTION.]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL05 = 1 (YES), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS LLAMANDO A*** ***TELÉFONOS FIJOS Y A RESIDENCIAS PARTICULARES O UNIVERSITARIAS*** ***PARA REALIZAR ESTA ENCUESTA.’]***

2 NO, NO ES UN TELÉFONO CELULAR **[PASE AL LL06]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 1 (YES), CONTINUE; OTHERWISE, GO TO ADULT RANDOM SELECTION.]***

**LL Adulto**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 1 (YES) AND LL06 = 1 (YES), GO TO LL07. IF LL03 = 1 (YES) AND LL06 = 2 (NO), TERMINATE AND SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS AGED 18 OR OLDER AT THIS TIME.’]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL02 = 1 (YES) AND LL06 = 1 (YES) OR 2 (NO), GO TO ADULT RANDOM SELECTION.]***

**LL06** ¿Tiene usted 18 años o más?

(68)

1          SÍ **[PASE AL LL07]**

**2** NO **[TERMINAR]**

**Sexo de Adulto**

**LL07** ¿Su sexo al nacer fue hombre o mujer?

(69)

1 HOMBRE

2 MUJER

3 3 PERSONA NO BINARIA **[GO TO MODULE 25]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[TERMINAR]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL07 = 1 OR 2 AND LL03 = 1, GO TO TRANSITION TO SECTION 1.]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL07 = 7 (NO SABE / NO ESTÁ SEGURO ) OR 9 (SE NIEGA A CONTESTAR ), SAY ‘Muchas gracias por su tiempo, su teléfono podría ser seleccionado para otra encuesta en el futuro’]***

**Selección Aleatoria de Adulto**

**LL08** Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. Excluidos los adultos que viven fuera de la casa, como los estudiantes que viven en la universidad, ¿cuántas personas de su hogar, incluido usted, tienen 18 años o más?

\_ \_ CANTIDAD DE ADULTOS

(70-71)

Si la respuesta es ‘1’: ¿Es usted el adulto?

Si la respuesta es ‘Sí’: En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. **[GO TO LL09]**

Si la respuesta es ‘No’: ¿Podría hablar con el adulto en la casa?

Si 2-6 o más, **GO TO LL10**.

**LL09** Es usted hombre o mujer?(72)

1 HOMBRE **[GO TO TRANSICIÓN A SECCIÓN 1]**

2  MUJER **[GO TO TRANSICIÓN A SECCIÓN 1]**

3 PERSONA NO BINARIA **[GO TO MODULE 25]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[TERMINAR]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL09 = 7 (NO SABE / NO ESTÁ SEGURO ) OR 9 (SE NIEGA A CONTESTAR ), SAY, ‘Muchas gracias por su tiempo, su teléfono podría ser seleccionado para otra encuesta en el futuro.’]***

**LL10** ¿Cuántos de estos adultos son hombres?

(73-74)

\_ \_ NUMERO DE HOMBRES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**LL11** Así que el número de mujeres en el hogar es \_\_\_?

(75-76)

\_ \_ NUMERO DE MUJERES

Es eso correcto?

**DO NOT READ:** Confirm number of adult women or clarify that total number of adults in the household.

**LL12** La persona que vive en su casa con quien necesito hablar es [[mayor/menor/medio/ hombre/mujer]. Es usted [mayor/menor/medio/hombre/mujer] de su casa? (77)

**NOTE**: If person indicates that they are not the selected respondent, ask for correct respondent and re-ask LL12.

1 HOMBRE **[GO TO TRANSICIÓN A SECCIÓN 1]**

2  MUJER **[GO TO TRANSICIÓN A SECCIÓN 1]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[TERMINAR]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL12 = 7 (NO SABE / NO ESTÁ SEGURO ) OR 9 (SE NIEGA A CONTESTAR ), SAY ‘THANK YOU FOR YOUR TIME, YOUR NUMBER MAY BE SELECTED FOR ANOTHER SURVEY IN THE FUTURE.’]***

# Guion del Entrevistador para Teléfono Celular

HOLA, llamo de parte del Departamento de Salud de Utah.Mi nombre es **(nombre)** . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de Utah. Este proyecto lo lleva a cabo el Departamento de Salud de Utah con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus prácticas de salud.

**CP01** ¿Es un buen momento para hablar con usted o esta manejando?

(78)

1 SÍ **[PASE AL CP02]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF ‘NO,’ THANK YOU VERY MUCH. WE WILL CALL YOU BACK AT A MORE CONVENIENT TIME. (SET APPOINTMENT IF POSSIBLE.) STOP]***

**Teléfono**

**CP02** ¿Hablo con el **(número de teléfono)?**

(79)

1 SÍ **[PASE AL CP03]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIWER NOTE: IF ‘NO,’ THANK YOU VERY MUCH, BUT I SEEM TO HAVE DIALED THE WRONG NUMBER. IT’S POSSIBLE THAT YOUR NUMBER MAY BE CALLED AT A LATER TIME.]***

**Teléfono celular**

**CP03** ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

(80)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** ‘Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario.’

1 SÍ, ES UN TELÉFONO CELULAR **[PASE AL CP04]**

2 NO, NO ES UN TELÉFONO CELULAR **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP03 = 2 (NO), SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS WITH CELL TELEPHONES AT THIS TIME.’]***

**Adulto**

**CP04** ¿Tiene usted 18 años o más?

**(81)**

1 SÍ **[PASE AL CP05]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP04 = 2 (NO), SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS AGED 18 OR OLDER AT THIS TIME.’]***

**Sexo de Adulto**

**CP05** ¿Es usted hombre o mujer?

(82)

1 HOMBRE

2 MUJER

3 PERSONA NO BINARIA **[GO TO MODULE 25]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[TERMINAR]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP05 = 7 (NO SABE / NO ESTÁ SEGURO ) OR 9 (SE NIEGA A CONTESTAR ), SAY ‘Muchas gracias por su tiempo, su teléfono podría ser seleccionado para otra encuesta en el futuro’.’]***

**Domicilio Particular**

**CP06** ¿Usted vive en un domicilio particular?

(83)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** ‘Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento.’

1 SÍ  **[PASE AL CP08]**

2 NO **[PASE AL CP07]**

**Residencia Universitaria**

**CP07** ¿Vive en una residencia universitaria?

(84)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** ‘Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad.’

1 SÍ **[PASE AL CP08]**

2 NO **[TERMINAR]**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP07 = 2 (NO), SAY ‘THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS WHO LIVE IN PRIVATE RESIDENCES OR COLLEGE HOUSING AT THIS TIME.’]***

**Estado Donde Reside**

**CP08** ¿Usted vive en estos momentos en **\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_**?

(85)

**NOTA:** Estado de residencia es el estado en el que ha residido por lo menos 30 días consecutivos durante el cual se esta llevando a cabo la encuesta para la que se esta llamando**.**

1 SÍ  **[PASE AL CP10]**

2 NO  **[PASE AL CP09]**

**Estado**

**CP09** ¿En qué estado vive usted en estos momentos?

(86-87)

INGRESE EL CÓDIGO FIPS DEL ESTADO

77 VIVIR FUERA DE ESTADOS UNIDOS Y TERRITORIOS PARTICIPANTES

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP09 = 77 OR 99, SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN LOS ESTADOS UNIDOS.’]***

**Línea Telefónica Fija**

**CP10**  ¿Tiene usted también un teléfono fijo en su casa que se utilice para hacer y recibir llamadas?

(88)

**NOTA**: El servicio telefónico por internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** ‘Por teléfono fijo queremos decir un teléfono 'regular' de los que se usan en las casas para hacer o recibir llamadas. Por favor incluya los teléfonos fijos tanto de uso comercial como privado.’

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP07 = 1 (YES), DO NOT ASK NUMBER OF ADULTS QUESTIONS, GO TO CORE. IF CP07 = 1 (YES), THEN NUMBER OF ADULTS IS AUTOMATICALLY SET TO 1.]***

**NUMADULT**

**CP11** ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

(89-90)

\_ \_ CANTIDAD DE ADULTOS

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**Transición a Sección 1.**

# **Secciones Básicas**

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: ITEMS IN PARENTHESES ANYWHERE THROUGHOUT THE QUESTIONNAIRE DO NOT NEED TO BE READ.]***

**Transición a Sección 1:**

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **1-801-538-6008**.

## **Sección 1: Estado de Salud**

1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es excelente, muy bueno, bueno, regular, o malo?

(101)

1 EXCELENTE

2 MUY BUENO

3 BUENO

4 REGULAR

5 MALO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 2: Días Saludables**

**2.1** Respecto a su salud física —que incluye enfermedades físicas y lesiones— en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena?

(102-103)

**NOTA:** 88 se puede codificar si el encuestado dice ‘nunca’ o ‘ninguno.’ No es necesario pedir a los encuestados que proporcionen un número si indican que esto nunca ocurre.

**\_ \_** CANTIDAD DE DÍAS ***[RANGO: 01-30]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

2.2 Ahora, piense en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena? (104-105)

**NOTA:** 88 se puede codificar si el encuestado dice ‘nunca’ o ‘ninguno.’ No es necesario pedir a los encuestados que proporcionen un número si indican que esto nunca ocurre.

**\_ \_** CANTIDAD DE DÍAS ***[RANGO: 01-30]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE:*** *IF C02.01 AND C02.02 = 88 (NONE), GO TO NEXT SECTION.]*

2.3 En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas?

(106-107)

**NOTA:** 88 se puede codificar si el encuestado dice ‘nunca’ o ‘ninguno.’ No es necesario pedir a los encuestados que proporcionen un número si indican que esto nunca ocurre.

**\_ \_** CANTIDAD DE DÍAS ***[RANGO: 01-30]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 3: Acceso a Atención Médica**

**3.1** ¿Cuál es su actual fuente principal de seguro de salud?

(108-109)

**NOTA:** Si el encuestado tiene varias fuentes de seguro, pregunte cuál utiliza con más frecuencia. Si el encuestado da el nombre de un plan de salud en lugar del tipo de cobertura, pregunte si se trata de un seguro comprado de forma independiente, a través de su empleador, o a través de Medicaid o CHIP.

01 Un plan que compra a través de un empleador o sindicato (incluye planes pregagados a través del empleador de otra persona)

02 Un plan que usted u otro miembro de la familia compra por su cuenta

03 Medicare

04 Medigap

05 Medicaid

06 El Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

07 Servicios de Salud Militar (TRICARE (CHAMPUS) / VA health care / CHAMP-VA)

08 Servicio de Salud Indigena

09 Programa Statal de Salud

10 Otro programa guvernamental

88 No tiene cobertura de ningún tipo

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

HLTHEX ¿Su cobertura es a travós del Intercambio Federal de Salud [healthcare.gov](http://healthcare.gov/)?

(901)

1 SÌ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**3.2** ¿Hay alguna persona o un grupo de médicos que usted considere su proveedor de atención médica personal?

(110)

**NOTA:** Si la respuesta es ‘No,’ pregunte: ¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su doctor de cabecera o proveedor de atención médica personal?

**NOTA:** Si el encuestado tenía varios grupos de médicos, entonces sería más de uno, pero si tuvieran más de un médico en el mismo grupo sería uno.

1 SÍ, SOLO UNA

2 MÁS DE UNA

3 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**3.3** ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en que necesitó visitar a un médico pero no pudo porque no podía pagarlo? (111)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**3.4** ¿Cuándo fue la última vez que fue al doctor para hacerse un chequeo de rutina?

**NOTA:** Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica.

(112)

**LEA SI ES NECESARIO**:

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)

3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5)

4 Hace 5 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

8 NUNCA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Discriminación y Utilización de Salud Médica**

***[CATI NOTE: ASK DISCRIMINATION AND HEALTHCARE UTILIZATION QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STDIS01** En los últimos dos años, al acceder servicios de atención médica en Utah, ¿ha sido tratado con menos respeto o recibido servicios de menor calidad debido a sus características personales o porque pertenece a un grupo específico?

(902)

**NOTA:** La atención médica se refiere a la atención recibida en una clínica, hospital, proveedor de salud mental, dentista, cita de telesalud o cualquier otra atención recibida para la salud física o mental.

**POR FAVOR LEER:**

1. Sí
2. No **[GO TO STDIS03]**
3. No, no he tenido acceso a atención médica en Utah en los últimos dos años **[GO TO STDIS03]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STDIS03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STDIS03]**

**STDIS02** En los últimos dos años, cuando sintió que lo trataron con menos respeto o recibió atención de menor calidad al acceder atención médica en Utah, ¿fue por alguna de las siguientes razones? Seleccione todas las que correspondan.

(903-920)

**POR FAVOR LEER:**

1. Raza, etnica o color de piel
2. Habilidad de hablar ingles
3. Sexo
4. Orientation sexual
5. Identidad o expresión de género
6. Situación financiera o estado económico
7. Seguro medico
8. Discapacidad
9. La edad

88 NINGUNA DE ESTAS RAZONES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STDIS03** En los últimos dos años, ¿ha retrasado el acceso a la atención médica de rutina o de emergencia en Utah por temor a ser tratado con menos respeto o recibir servicios de menor calidad debido a características personales o por que pertenece a un grupo especifico? Díria usted que…

(921)

**NOTA:** La atención médica de rutina podría incluir chequeos médicos anuales o exámenes médicos.

**POR FAVOR LEER:**

1. Retraso en el acceso únicamente a la atención médica de rutina
2. Retraso en el acceso únicamente a la atención médica de emergencia
3. Retraso en el acceso a la atención médica de rutina y de emergencia
4. No retrasó el acceso a la atención médica

8 NO HA ACCEDIDO ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 4: Ejercicio**

**4.1** Durante los últimos 30 dias a excepción de su trabajo habitual, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería?

(113)

**NOTA:** Si el encuestado no tiene trabajo habitual o está jubilado, puede contar cualquier actividad física o ejercicio que haga.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK STAB05 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STAB05** Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días caminó hacia y desde el trabajo, para hacer recados, o para ir de un lugar a otro? Incluya solamente los días que usted caminó por lo menos 10 minutos y no incluya el caminar para la diversion o el ejercicio.

(922-923)

\_ \_ DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 30 ***[RANGO: 1-30]***

88 NADA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 5: Sueño insuficiente**

**5.1** En promedio, ¿cuántas horas duerme en un periodo de 24 horas?

(114-115)

**NOTA:** Anote la cantidad de horas que la persona duerme en números enteros, redondeando hacia arriba los 30 minutos (1/2 hora) o más y hacia abajo los 29 minutos o menos.

**Ejemplo:** Rondas de 6 horas y 30 minutos a 07 horas. 8 horas 15 minutos redondean a 08 horas.

**\_ \_** NÚMERO DE HORAS ***[RANGO: 01-24]***

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 6: Salud Bucal**

**6.1** Incluya todo tipo de dentistas, como ortodoncistas, cirujanos bucales y todos los demás especialistas dentales, así como a los higienistas dentales. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que fue a un dentista o una clínica dental por última vez?

(116)

**LEA SI ES NECESARIO**:

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)

3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5)

4 Hace 5 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

8 NINGUNO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**6.2** No incluya los dientes que haya perdido debido a lesiones u ortodoncia. ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o enfermedad de las encías?

(117)

**NOTA**: Si le extrajeron las muelas del juicio por problemas de caries o de encías, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.

**LEA SI ES NECESARIO:**

1 1 a 5

2 6 o más, pero no todos

3 Todos

8 Ninguno

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 7: Afecciones Crónicas**

¿Alguna vez un doctor, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes entermedades? Para cada una, responda ‘Sí,’ ‘No,’ o ‘No estoy seguro.’

**7.01** ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio?

(118)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.02** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria? (119)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.03** ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un accidente cerebrovascular? (120)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.04** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma?

1 Si (121)

2 NO **[GO TO C07.06]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C07.06]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C07.06]**

**7.05** ¿Usted todavía tiene asma?

(122)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.06** ¿(Alguna vez le dijeron) (que tenía) cáncer de piel que no era melanoma?

(123)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.07** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún melanoma u otro tipo de cáncer?

(124)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.08** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfisema o bronquitis crónica? (125)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.09** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia) o depresión leve? (126)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.10** Sin tener en cuenta los cálculos renales, infección en la vejiga, o incontinencia, ¿alguna vez le dijeron que tenía una enfermedad renal? (127)

**NOTA:** Incontinencia es no poder controlar el flujo de la orina.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**7.11** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

(128)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**NOTA:** El diagnóstico de la artritis incluye:

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

**7.12** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes?

(129)

**NOTA:** Si la respuesta es ‘Si’ y la persona encuestada es MUJER, pregúntele: ¿Esto fue únicamente durante el embarazo?

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

1 SÍ

2 SÍ, PERO LA MUJER DIJO QUE OCURRIÓ ÚNICAMENTE DURANTE EL EMBARAZO **[GO TO NEXT SECTION]**

3 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

4 NO, PREDIABETES O INTOLERANCIA A LA GLUCOSA **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C07.12 = 1 (YES), GO TO NEXT QUESTION. IF ANY OTHER RESPONSE, TO C07.12, GO TO PRE-DIABETES OPTIONAL MODULE, IF USED. OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]***

**7.13** ¿Qué edad tenía cuando le dijeron por primera vez?

(130-131)

\_ \_ CODIFIQUE LA EDAD EN AÑOS ***[NOTE: 97 = 97 AND OLDER.]***

98 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: GO TO DIABETES OPTIONAL MODULE, IF USED. OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]***

## **Sección 8: Información Demográfica**

**LEA SI ES NESCESARIO:** Le haré algunas preguntas sobre usted en la siguiente sección. Incluimos estas preguntas para que podamos comparar los indicadores de salud por grupos.

**8.1** ¿Qué edad tiene?

(132-133)

\_ \_ CODIFIQUE LA EDAD EN AÑOS ***[RANGO: 18-99]***

07 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

09 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.2** ¿Es usted latino o hispano, o de origen español?

(134-137)

**Si la respuesta es ‘Sí,’ pregunte: ¿Es usted...?**

**NOTA:**Es posible seleccionar una o más categorías.

1 Mexicano, mexicoamericano, chicano

2 Puertorriqueño

3 Cubano

4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español **[GO TO UT8.2c]**

5 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C08.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C08.03]**

***[CATI NOTE: ASK UT8.2c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT8.2c** Usted se identifica como ‘De otro origen Latino, o Hispano, o Español.’ Es usted:

(924-927)

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

**POR FAVOR LEER:**

1 Dominicano/a

2 Centro Americano/a

3 Sudamericano/a

4 De otro origen Latino, Hispano o Español

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.3** ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece?

Diría usted que ... Blanco, Negro o Afroamericano, Indioamericano o Nativo de Alaska, Asiático o Isleño del Pacífico ? (138-165)

**NOTE:** If Asian, ask: Indoasiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, o otro Asiático.

**NOTE:** If Pacific Islander, ask: Nativo de Hawái, Guameño o Chamorro, Samoano, o otro Isleño del Pacífico.

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

10 BLANCO

20 NEGRO O AFROAMERICANO

30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA

40 ASIÁTICO

41 INDOASIÁTICO

42 CHINO

43 FILIPINO

44 JAPONÉS

45 COREANO

46 VIETNAMITA

47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO

50 ISLEÑO DEL PACÍFICO

51 NATIVO DE HAWÁI

52 GUAMEÑO O CHAMORRO

53 SAMOANO

54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO **[GO TO UT8.3c]**

60 OTRO (ESPECIFIQUE)

88 NO OPCIONES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M25.01]**

99 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO M25.01]**

***[CATI NOTE: ASK UT8.3c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT8.3c** Usted se identifica como de ‘Otras islas del Pacífico.’ Es usted:

(928)

**POR FAVOR LEER:**

1 Tongano

2 De otras islas del Pacífico

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF MORE THAN ONE RESPONSE TO C08.03, CONTINUE. OTHERWISE, GO TO MODULE 25, SEX AT BIRTH.]***

**8.4** ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza?

(166-167)

**NOTA:**Si el encuestado proporciona más de una categoría, codifique como '99,' 'SE NIEGA A CONTESTAR.'

10 BLANCO

20 NEGRO O AFROAMERICANO

30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA

40 ASIÁTICO

41 INDOASIÁTICO

42 CHINO

43 FILIPINO

44 JAPONÉS

45 COREANO

46 VIETNAMITA

47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO

50 ISLEÑO DEL PACÍFICO

51 NATIVO DE HAWÁI

52 GUAMEÑO O CHAMORRO

53 SAMOANO

54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO **[GO TO UT8.4c]**

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK UT8.4c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT8.4c** Usted se identifica como de ‘Otras islas del Pacífico.’ Es usted:

(929)

**POR FAVOR LEER:**

1 Tongano

2 De otras islas del Pacífico

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 25: Sexo al Nacer**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 25, SEX AT BIRTH, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**M25.01** ¿Cuál fue su sexo al nacer?  ¿hombre o mujer?

(638)

1 HOMBRE

2 MUJER

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 26: Orientación Sexual e Identidad de Género**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 26, SEXUAL ORIENTATION AND GENDER IDENTITY, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

Las siguientes dos preguntas son sobre orientación sexual e identidad de género.

***[CATI NOTE: ASK M26.01a IF SEX = 1 (MALE).]***

**M26.01a** ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual: 1, Gay; 2, Heterosexual; 3, Bisexual; o 4, Algo mas?

(639)

**NOTA:** Por favor diga el número antes de la respuesta de texto. El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

**LEA SI ES NECESARIO:** Hacemos esta pregunta para comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

1 GAY

2 HETEROSEXUAL

3 BISEXUAL

4 ALGO MAS

7 NO SÉ LA RESPUESTA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK M26.01b IF SEX = 2 (FEMALE).]***

**M26.01b** ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual: 1, Lesbiana o gay; 2, Heterosexual; 3, Bisexual; o 4, Algo mas?

(640)

**LEA SI ES NECESARIO:** Hacemos esta pregunta para comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

**NOTA:** Por favor diga el número antes de la respuesta de texto. El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

**NOTA:** Si el encuestado no comprende el tema de la pregunta, codifique 7.

1 LESBIANA O GAY

2 HETEROSEXUAL- NO GAY

3 BISEXUAL

4 ALGO MAS

7 NO SÉ LA RESPUESTA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M26.02** ¿Se considera transgénero?

(641)

Si ‘Sí,’ pregunte: ¿Se considera usted mismo como 1, hombre a mujer; 2, mujer a hombre; o 3, ¿género no conforme?

**NOTA:** El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

**NOTA:** Si se le pregunta acerca de la definición de no conformismo de género: algunas personas se consideran a sí mismas como no conformistas de género cuando no se identifican SOLO como un hombre o una mujer.

**LEA SI ES NECESARIO:** Algunas personas se describen a sí mismas como transgénero cuando experimentan una identidad de género diferente a la de su sexo al nacer. Por ejemplo, una persona que nace en un cuerpo masculino, pero que se siente femenina o vive como una mujer, sería transgénero. Algunas personas transgénero cambian su apariencia física para que coincida con su identidad de género interna. Algunas personas transgénero toman hormonas y otras tienen cirugía. Una persona transgénero puede ser de cualquier orientación sexual, heterosexual, homosexual, lesbiana o bisexual.

1 (SÍ, TRANSGÉNERO,) HOMBRE A MUJER

2 (SÍ, TRANSGÉNERO,) MUJER A HOMBRE

3 (SÍ, TRANSGÉNERO,) GÉNERO NO CONFORME

4 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 8: Información Demográfica CONTINUED**

**8.5** ¿Es usted casado, divorciado, viudo, separado, nunca estuvo casado o vive en pareja sin estar casado?

(168)

1 CASADO

2 DIVORCIADO

3 VIUDO

4 SEPARADO

5 NUNCA ESTUVO CASADO

6 VIVE EN PAREJA SIN ESTAR CASADO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.6** ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha completado?

(169)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:**

1 Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder

2 1.o a 8.o grado (escuela primaria)

3 9.o a 11.o grado (algunos estudios secundarios)

4 12. º grado o diploma GED (graduado de escuela secundaria superior)

5 1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela técnica)

6 4 años o más de universidad (graduado universitario)

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK RELIGIOUS IDENTITY QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**RELIGID** ¿Se considera ser... ...? (Seleccione sólo una.)

(930-931)

**NOTA:** Si el entrevistado dice 'Sí,' pregunte: '¿De qué religión eres?', entonces elegir entre las siguientes opciones.

**POR FAVOR LEA LAS OPCIONES 1-6 SOLAMENTE:**

1. Protestante
2. Católico/a
3. Judío/a
4. Santos de los Últimos Días
5. Alguna otra religión que no he mencionada
6. Sin afiliación religiosa

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

1. AGNÓSTICO, ATEO
2. BAUTISTA, BAUTISTA DEL SUR
3. BUDISTA, HINDÚ, MUSULMÁN, ISLAM
4. CRISTIANO, NACIDO DE NUEVO, LA IGLESIA DE CRISTO, PENTACOSTAL
5. EPISCOPAL, LUTERANA, METODISTA, PRESBITERIANA
6. ORTODOXA GRIEGA, ORTODOXA ORIENTAL
7. TESTIGO DE JEHOVÁ
8. LA RELIGIÓN NATIVA AMERICANA
9. SIN DENOMINACION
10. UNITARIO/A

**8.7** ¿Vive en casa propia o rentada?

(170)

**NOTA:** ‘Otra situación de vivienda’ puede incluir una vivienda colectiva o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.

**NOTA:** La casa se define como el lugar donde usted vive la mayor parte del tiempo o del año.

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:** Si el encuestado pregunta por qué le estamos haciendo esta pregunta responda ‘hacemos esta pregunta para comparar indicadores de salud entre personas con distintas situaciones de vivienda.’

1 Propia

2 Rentada

3 Otra situación de vivienda

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.8** ¿En qué condado vive usted en estos momentos?

(171-173)

**\_ \_ \_** CÓDIGO ANSI DEL CONDADO

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.9** ¿Cuál es el código postal de donde vive en estos momentos?

(174-178)

**\_ \_ \_ \_ \_** INGRESE EL CÓDIGO POSTAL DE 5 DÍGITOS

77777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99999 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF CELL PHONE INTERVIEW, SKIP C08.10 AND C08.11 AND GO TO C08.12.]***

**8.10** Sin incluir los teléfonos celulares o los números utilizados para computadoras, máquinas de fax o sistemas de seguridad, ¿tiene más de un número de teléfono fijo en su casa?

(179)

1 SÍ

2 NO **[GO TO C08.12]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C08.12]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C08.12]**

**8.11** ¿Cuántos de estos números de teléfono fijo son números particulares?

(180)

1 UNO

2 DOS

3 TRES

4 CUATRO

5 CINCO

6 SEIS O MÁS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.12** ¿Cuántos teléfonos celulares tiene para su uso personal?

(181)

**NOTA**: Incluya teléfonos celulares utilizados tanto para uso comercial como personal.

1 UNO

2 DOS

3 TRES

4 CUATRO

5 CINCO

6 SEIS O MÁS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGUR

8 NINGUNO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK INTERNET ACCESS QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STINT1** ¿Qué tipo de acceso a Internet tienen usted o los miembros de su hogar en casa?

(932)

**NOTA:** La opción de respuesta 1 se refiere al acceso a través de un teléfono inteligente, dispositivo de punto de acceso personal, puerta de enlace WiFi LTE u otro dispositivo que utilice datos móviles. La opción de respuesta 2 se refiere al acceso a través de una conexión de banda ancha, cable, fibra óptica, DSL, satélite o de acceso telefónico.

**NOTA:** El acceso a internet puede impactar la salud de personas el no tener acceso confiable de internet puede ocacionar mas dificultades para acceder recursos como informacion de salud, hacer citas o asistir a citas virtuales con un medico

**POR FAVOR LEER:**

1. Acceso a través de una compañía de teléfono celular o plan de datos móviles
2. Acceso a través de un proveedor de servicios de Internet
3. Acceso a través de una compañía de teléfono celular y un proveedor de servicios de Internet
4. Tengo acceso pero no estoy seguro si es a través del servicio de teléfono celular o de un proveedor de servicios de Internet

8 SIN ACCESO A INTERNET EN CASA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.13** ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar?

(182)

**NOTA:** El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero si incluye las actividades de movilización, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.14** ¿Es usted actualmente empleado asalariado, trabajador independiente, desempleado por 1 año o más, desempleado por menos de 1 año, mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa, estudiante, jubilado, o no puede trabajar? (183)

**NOTA:** Si es más de una, diga: Seleccione la categoría que mejor lo describa.’

**NOTA:** No use el código 7 para ‘No sabe’ en esta pregunta.

1 EMPLEADO ASALARIADO

2 TRABAJADOR INDEPENDIENTE

3 DESEMPLEADO POR 1 AÑO O MÁS

4 DESEMPLEADO POR MENOS DE 1 AÑO

5 MUJER U HOMBRE QUE SE OCUPA DE LAS TAREAS DE LA CASA

6 ESTUDIANTE

7 JUBILADO

8 NO PUEDE TRABAJAR

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 22: Sector Laboral y Ocupación**

***[CATI NOTE: ASK THE INDUSTRY AND OCCUPATION MODULE ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS]***

***[CATI NOTE: IF C08.14 = 1 (EMPLOYED FOR WAGES) OR 2 (SELF-EMPLOYED) OR 4 (EMPLOYED FOR WAGES OR OUT OF WORK FOR LESS THAN 1 YEAR), CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE. IF C08.14 = 4 (OUT OF WORK FOR LESS THAN 1 YEAR), ASK “What kind of work did you do? For example, registered nurse, janitor, cashier, auto mechanic.” ELSE GO TO THE NEXT MODULE.]***

**M22.01** ¿Qué tipo de trabajo realiza usted? Por ejemplo, profesional en enfermería titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles.

(393-492)

**NOTA:** Si la persona encuestada no lo tiene claro, pregunte: ¿Cuál es su cargo laboral? Si la persona encuestada tiene más de un trabajo, pregunte: ¿Cuál es su trabajo principal?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Anote la respuesta)

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**M22.02** ¿En qué sector o área comercial trabaja? Por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes?

(493-592)

***[CATI NOTE: IF C08.14 = 4 (OUT OF WORK FOR LESS THAN 1 YEAR) ASK, “What kind of business or industry did you work in? For example, hospital, elementary school, clothing manufacturing, restaurant.”]***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Anote la respuesta)

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH EMPLOYMENT BENEFITS QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. ASK ONLY IF C08.14 = 1.]***

**STEMPBEN** ¿Para cuáles de los siguientes beneficios es usted elegible con su empleador? Incluya todos los beneficios para los que es elegible, incluso si no los está utilizando actualmente.

(933-948)

**POR FAVOR LEER:**

01 Seguro de salud

02 Días de enfermedad pagados

03 Días pagados de descanso por maternidad o paternidad

04 Horas de trabajo flexibles

05 Teletrabajo o trabajar desde casa

06 Servicios de Compensación para Trabajadores

07 Cuidado de niños en el lugar

08 Programas de bienestar para la salud (que abordan el abandono del tabaco, la pérdida de peso, el manejo del estrés)

88 NINGUNO

77 NO SABE / ESTÁ SEGURA

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.15** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

(184-185)

\_ \_ CANTIDAD DE NIÑOS

88 NINGUNO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.16** Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:

(186-187)

**NOTA:** Si el encuestado no desea responder a ninguno de los diferentes niveles de ingresos, ingrese el código ‘99’ (se niega a contestar).

4 Menos de $25 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 5; si es ‘sí,’ pregunte 3.**

(Entre $20 000 y menos de $25 000)

3 Menos de $20 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 4; si es ‘sí,’ pregunte 2.**

(Entre $15 000 y menos de $20 000)

2 Menos de $15 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 3; si es ‘sí,’ pregunte 1.**

(Entre $10 000 y menos de $15 000)

1 Menos de $10 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 2.**

5 Menos de $35 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 6.**

(Entre $25 000 y menos de $35 000)

6 Menos de $50 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 7.**

(Entre $35 000 y menos de $50 000)

7 Menos de $75 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 8.**

(Entre $50 000 y menos de $75 000)

8 Menos de $100 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 9.**

(Entre $75 000 y menos de $100 000)

9 Menos de $150 000 **Si la respuesta es ‘No,’ pregunte 10.**

(Entre $100 000 y menos de $150 000)

10 Menos de $200 000 **Si la respuesta es ‘No,’ codifique 11.**

(Entre $150 000 y menos de $200 000)

11 $200 000 o más

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK ‘UTIncome’ ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: THESE RESPONSE CATEGORIES ARE INCORPORATED INTO C08.16. WE NEED TO BE ABLE TO REPORT THE C08.16 CATEGORIES TO THE CDC, BUT WE WANT TO LOOK AT THESE FINER CATEGORIES AT THE STATE LEVEL.]***

**UTIncome**

(1297-1298)

01 menos de $5,000

02 $5,000 pero menos de $10,000

03 $10,000 pero menos de $15,000

04 $15,000 pero menos de $20,000

05 $20,000 pero menos de $25,000

06 $25,000 pero menos de $30,000

07 $30,000 pero menos de $35,000

08 $35,000 pero menos de $40,000

09 $40,000 pero menos de $45,000

10 $45,000 pero menos de $50,000

11 $50,000 pero menos de $55,000

12 $55,000 pero menos de $60,000

13 $60,000 pero menos de $65,000

14 $65,000 pero menos de $70,000

15 $70,000 pero menos de $75,000

16 $75,000 o más

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: SKIP IF BIRTHSEX IS CODED ‘1’ (MALE); OR CP.05 = 1; OR LL.12 = 1; OR LL.09 =1; LL.07 = 1; OR C08.01 > 49 YEARS OLD.]***

**8.17** Que usted sepa, ¿está embarazada?

(188)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.18** Apróximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(189-192)

**NOTA:** Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique ‘9’ en la primera posición. Redondee los decimales o las fracciones hacia arriba.

**\_ \_ / \_ \_** INGRESE EL PESO EN LIBRAS ENTERAS O KILOGRAMOS ENTEROS

7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9999 SE NIEGA A CONTESTAR

**8.19** Apróximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

(193-196)

**NOTA**: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique ‘9 en la primera posición. Redondee los decimales o las fracciones hacia abajo.

**\_ \_ / \_ \_** INGRESE ESTATURA EN PIES/PULGADAS O METROS/ CENTÍMETROS

77 / 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 / 99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 9: Discapacidad**

**9.01** Algunas personas que son sordas o tienen gran dificultad para oír pueden usar o no dispositivos de ayuda para comunicarse por teléfono. ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír?

(197)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**9.02** ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa lentes?

(198)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**9.03** Debido a una enfermedad física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

(199)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**9.04** ¿Tiene gran dificultad para caminar o subir las escaleras?

(200)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**9.05** ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

(201)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**9.06** Debido a una enfermedad física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al consultorio del doctor o ir de compras?

(202)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 10: Detección del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino**

*[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS MALE, GO TO THE NEXT SECTION.]*

Las siguientes preguntas son acerca del cáncer de cuello uterino.

**10.01** ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?

(203)

**NOTA: La mamografía es una radiografía que se realiza a cada uno de los senos para detectar el cáncer de mama**.

1 SÍ

2 NO **[GO TO C10.03]**

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C10.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C10.03]**

**10.02** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

(204)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 3 años (hace mas de 2 años, pero menos de 3)

4 En los últimos 5 años (hace mas de 3 años, pero menos de 5)

5 Hace 5 años o más

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**10.03** ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de detección del cáncer de cuello uterino?

(205)

1 SÍ

1. NO **[GO TO C10.07]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C10.07]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C10.07]**

**10.04** ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que se hizo la prueba de detección del cáncer de cuello uterino?

(206)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 3 años (hace mas de 2 años, pero menos de 3)

4 En los últimos 5 años (hace mas de 3 años, pero menos de 5)

5 Hace 5 años o más

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**10.05** En su más reciente examen de detección del cáncer de cuello uterino, ¿le hicieron una prueba de Papanicoláu?

(207)

1 SÍ

2 NO

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**10.06** En su más reciente examen de detección del cáncer de cuello uterino, ¿le hicieron una prueba del VPH?

(208)

**NOTA:** VPH significa virus del papiloma humano)

1 SÍ

1. NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF RESPONSE TO C08.17 = 1 (IS PREGNANT), GO TO NEXT SECTION.]***

**10.07** ¿Le han hecho una histerectomía?

(209)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**  La histerectomía es una operación para extirpar el útero (la matriz)..

1 SÍ

1. NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 11: Detección del Cáncer Colorrectal**

***[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS < 45 YEARS OF AGE, GO TO NEXT SECTION.]***

**11.01** La colonoscopia y la sigmoidoscopia son exámenes para detectar el cáncer de colon. ¿Alguna vez se ha hecho uno de estos exámenes?

(210)

1 SÍ

2 NO **[GO TO C11.06]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C11.06]**

9 NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C11.06]**

**11.02** ¿Le han hecho una colonoscopia, una sigmoidoscopia o ambos exámenes?

(211)

1 COLONOSCOPIA

2 SIGMOIDOSCOPIA **[GO TO C11.04]**

3 AMBOS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C11.06]**

9 NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C11.06]**

**11.03** ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su última colonoscopia? **[GO TO C11.06]**

(212)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 5 años (hace mas de 2 años, pero menos de 5)

4 En los últimos 10 años (hace mas de 5 años, pero menos de 10)

5 Hace 10 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**11.04** ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su última sigmoidoscopia? **[GO TO C11.06]**

(213)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 5 años (hace mas de 2 años, pero menos de 5)

4 En los últimos 10 años (hace mas de 5 años, pero menos de 10)

5 Hace 10 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**11.05** ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su última colonoscopia o sigmoidoscopia?

(214)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 5 años (hace mas de 2 años, pero menos de 5)

4 En los últimos 10 años (hace mas de 5 años, pero menos de 10)

5 Hace 10 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**11.06** ¿Alguna vez le han hecho otro tipo de prueba de detección del cáncer colorrectal, como la colonoscopia virtual, la colonografía por TC (colonografía tomográfica computarizada), la prueba de sangre en las heces, la prueba de ADN en las heces con blancos múltiples (FIT DNA) o prueba Cologuard?

(215)

1 SÍ

2 NO **[GO TO NEXT MODULE]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT MODULE]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT MODULE]**

**11.07** Una colonoscopia virtual utiliza una serie de rayos X para tomar fotos del interior del colon. ¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopia virtual?

(216)

**NOTA:** La colonografía por TC, a veces llamada colonoscopia virtual, es un nuevo tipo de prueba para detectar el cáncer en el colon. A diferencia de la colonoscopia habitual, usted no necesita medicamentos para estar dormido durante la prueba. En esta nueva prueba, se llena el colon con aire y se pasa a la persona a través de una máquina de rayos X, en forma de rosca, acostada primero boca arriba y luego boca abajo.

1 SÍ

2 NO **[GO TO C11.09]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C11.09]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C11.09]**

**11.08** ¿Cuándo le hicieron su última colonografía por TC o colonoscopia virtual?

(217)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 5 años (hace mas de 2 años, pero menos de 5)

4 En los últimos 10 años (hace mas de 5 años, pero menos de 10)

5 Hace 10 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**11.09** En una prueba en heces se usa un kit especial en casa para obtener una pequeña cantidad de heces y se devuelve el kit al médico o al laboratorio. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba?

(218)

**NOTA:** La prueba de sangre en las heces o de sangre oculta en las heces, la prueba inmunoquímica fecal o FIT determina si la persona tiene sangre en las heces o en la defecación y se puede realizar en casa con un kit. Se usa un palillo o un cepillo para obtener una pequeña cantidad de heces y se devuelve el kit al médico o al laboratorio.

1 SÍ

2 NO **[GO TO C11.11]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C11.11]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C11.11]**

**11.10** ¿Cuándo se hizo esta prueba?

(219)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 3 años (hace mas de 2 años, pero menos de 3)

4 En los últimos 5 años (hace mas de 3 años, pero menos de 5)

5 Hace 5 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**11.11** En otra prueba con heces se usa un kit especial para obtener una defecación completa en casa y se devuelve el kit a un laboratorio. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba?

(220)

1 SÍ

2 NO **[GO TO NEXT MODULE]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT MODULE]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT MODULE]**

**11.12** ¿Se le hizo la prueba de sangre en las heces o la prueba FIT (que usted mencionó antes) como parte de una prueba Cologuard?

**NOTA:** La prueba Cologuard es un nuevo tipo de prueba con heces para detectar el cáncer de colon. A diferencia de otras pruebas con heces, la Cologuard busca cambios en el ADN además de buscar sangre en las heces. La prueba Cologuard se envía a la casa de la persona en una caja que incluye un recipiente para la muestra de heces.

(221)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGU

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**11.13** ¿Cuándo se hizo esta prueba?

(222)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace mas de 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 3 años (hace mas de 2 años, pero menos de 3)

4 En los últimos 5 años (hace mas de 3 años, pero menos de 5)

5 Hace 5 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 12: Consumo de Tabaco**

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

(223)

**NOTA:** ‘En cigarrillos, no incluya: cigarrillos-electrónicos (e-cigarettes, NJOY, Bluetip, JUUL), cigarrillos herbarios, cigarros, puros, puritos, pipas, bidis, kreteks, pipas de agua (narguiles) ni marihuana.’

**NOTA:** 5 paquetes = 100 cigarrillos.

1 SÍ

2 NO **[GO TO C12.03]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C12.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C12.03]**

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

(224)

1 TODOS LOS DÍAS

2 ALGUNOS DÍAS

3 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**12.03** ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o snus todos los días, algunos días o nunca?

(225)

**NOTA**: El snus (nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y que generalmente se vende en bolsitas que se colocan entre el labio y la encía.

1 TODOS LOS DÍAS

2 ALGUNOS DÍAS

3 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**12.04** ¿Diría usted que nunca ha usado cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos para vapear en toda su vida o ahora los usa todos los días, los usa algunos días, o que los usó en el pasado, pero no actualment? (226)

**LEA SI ES NECESSARIO:** Los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) y otros productos electrónicos de vapeo incluyen narguiles electrónicos (e-hookahs), bolígrafos vape, cigarros electrónicos y otros. Estos productos funcionan con baterías y generalmente contienen nicotina y sabores como frutas, menta o dulces. Las marcas de las que puede haber oído hablar son JUUL, NJOY o blu.

**NOTA:** Estas preguntas se refieren a productos de ‘vapor’ electrónicos para el uso de nicotina. En estas preguntas, no se incluye el uso de productos de ‘vapor’ electrónicos para el consumo de marihuana.

1 NUNCA USÉ CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

2 LOS USA TODOS LOS DÍAS

3 LOS USA ALGUNOS DÍAS

4 PARA NADA (AHORA)

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección13: Examen De Cáncer De Pulmón**

***[CATI NOTE: IF C09.01=1 (YES) AND C09.02 = 1, 2, OR 3 (EVERY DAY, SOME DAYS, OR NOT AT ALL) CONTINUE, ELSE GO TO M13.04.] – LIKELY NEEDS TO BE FIXED***

Usted nos dijo que había fumado en el pasado o que fuma en la actualidad. Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas de detección del cáncer de pulmón

**13.01** ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar cigarrillos regularmente?

(227-229)  
**NOTA:** ‘Regularmente’ es al menos un cigarrillo o más en los días en que un encuestado fuma o que fumaba.

 \_ \_ \_     EDAD EN AÑOS ***[RANGO: 001 – 100]***

8 8 8     NUNCA FUME CIGARRILLOS REGULARMENTE **[GO TO C13.04]**

7 7 7     NO SABE / NO ESTÁ SEGURO   
9 9 9     SE NIEGA A CONTESTAR

**13.02** ¿Cuántos años tenía la última vez que fumó cigarrillos regularmente?

(230-232)

**NOTA:** ‘Regularmente’ es al menos un cigarrillo o más en los días en que un encuestado fuma o que fumaba.

\_ \_ \_     EDAD EN AÑOS ***[RANGO: 001 – 100]***

7 7 7     NO SABE / NO ESTÁ SEGURO   
9 9 9     SE NIEGA A CONTESTAR

**13.03** En promedio, cuando fuma regularmente, ¿cuántos cigarrillos fuma regularmente por día?

(233-235)

**NOTA:** ‘Regularmente’ es al menos un cigarrillo o más en los días en que un encuestado fuma o que fumaba.

**NOTA:**  Los encuestados pueden responder en paquetes en lugar de la cantidad de cigarrillos.

\_ \_ \_     NUMERO DE CIGARRILLOS

 7 7 7     NO SABE / NO ESTÁ SEGURO   
 9 9 9     SE NIEGA A CONTESTAR  
  
0.5 PAQUETE = 10 CIGARRILLOS              1.75 PAQUETE = 35 CIGARRILLOS  
0.75 PAQUETE = 15 CIGARRILLOS            2 PAQUETES = 40 CIGARRILLOS  
1 PAQUETE = 20 CIGARRILLOS                2.5 PAQUETES= 50 CIGARRILLOS  
1.25 PAQUETE = 25 CIGARRILLOS             3 PAQUETES= 60 CIGARRILLOS  
1.5 PAQUETE = 30 CIGARRILLOS

**13.04** La siguiente pregunta es acerca de las tomografías computarizadas (CT o CAT)

de tórax o de pecho. Durante esta prueba, usted se acuesta boca arriba y lo pasan a través de una máquina abierta de rayos X en forma de rosca.

¿Le han hecho alguna vez una tomografía computarizada de tórax o de pecho? (236)             
  
1 SÍ  
2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**  
9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**13.05** ¿Le hicieron alguna de estas tomografías computarizadas de la zona del pecho principalmente para revisar o detectar si tenía cáncer de pulmón?

(237)

1 SÍ  
2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**  
  
7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**  
9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**13.06** ¿Cuándo le hicieron la tomografía computarizada de la zona del pecho más reciente para revisar o detectar si tenía cáncer de pulmón?

(238)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:**

1 En el último año (hace menos de 12 meses)

2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)

3 En los últimos 3 años (hace 2 años, pero menos de 3)

4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)

5 En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10)

6 Hace 10 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 14: Consumo de Alcohol**

**14.01** Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol. Un trago de alcohol equivale a 12onzas de cerveza, un vaso de vino de 5onzas o un trago de licor.

En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió por lo menos un trago de cualquier bebida alcohólica?

**NOTE:** Un trago equivale a 12-onzas de cerveza, a un vaso de vino de 5onzas, o un trago de licor

(239-241)

**LEA SI ES NECESARIO:** Una cerveza de 40 onzas contaría como tres tragos, o un cóctel con dos tragos contaría como dos tragos.

1 \_ \_ DÍAS POR SEMANA

2 \_ \_ DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

888 NINGÚN TRAGO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS **[GO TO NEXT SECTION]**

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

999 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**14.02** En los ultimos 30 días, en los días que bebió, ¿apróximadamente cuántos tragos tomo en promedio? (242-243)

**LEA SI ES NECESARIO:** Una cerveza de 40 onzas contaría como tres tragos, o un cóctel con dos tragos contaría como dos tragos.

**\_ \_** CANTIDAD DE TRAGOS ***[NOTA: 76 = 76 O MÁS]***

88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**14.03** Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión X ***[CATI NOTE: X = 5 FOR MEN, X = 4 FOR WOMEN]*** tragos o más?

(244-245)

**\_ \_** CANTIDAD DE VECES

88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO99 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(246-247)

**\_ \_** CANTIDAD DE TRAGOS ***[NOTA: 76 = 76 O MÁS]***

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 15: Vacunación**

**15.1** En los últimos 12 meses, ¿le han inyectado una vacuna contra la gripe en el brazo o un atomizador nasal?

(248)

**LEA SOLO SI ES NECESARIO:** En el 2011 salió una nueva vacuna contra la influenza que se inyecta en la piel con una aguja muy pequeña. Se llama vacuna Fluzone intradérmica. Esta también se considera una vacuna inyectable contra la influenza.

1 SÍ

2 NO **[GO TO C15.03]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C15.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C15.03]**

**15.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea en atomizador nasal o inyectada en el brazo?

(249-254)

**\_ \_ / \_ \_ \_ \_** INGRESE MES/AÑO

77 / 7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 / 9999 SE NIEGA A CONTESTAR

**15.3** ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la neumonía, también conocida como vacuna antineumocócica?

(255)

**NOTA:** Hay dos tipos de vacunas contra la neumonía: la polisacárida, también conocida como Pneumovax®, y la conjugada, también conocida como Prevnar®.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**15.04** ¿En los últimos 10 años le han puesto la vacuna contra el tétanos?

(256)

**NOTA:** SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PREGUNTE: ¿FUE LA TDAP, LA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS QUE TAMBIÉN INCLUYE LA VACUNA CONTRA LA TOSFERINA (PERTUSSIS)?

1 SÍ, RECIBIÓ LA TDAP

2 SÍ, RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS, PERO NO ERA LA TDAP

3 SÍ, RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS, PERO NO SABE QUÉ TIPO

4 NO, EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS NO HA RECIBIDO LA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Vacunación Vacunal (Solo para Adultos)**

***[CATI NOTE: ASK VACCINE HESITANCY (ADULT ONLY) QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**AVH01** ¿Está usted al día con todas las vacunas recomendadas, excluyendo la vacuna anual contra la gripe y cualquier vacuna para COVID-19?

(949)

1 SÍ **[GO TO NEXT SECTION]**

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**AVH02** Le voy a leer una lista de razones por las cuales las personas no reciben una vacuna recomendada. Cuando termine, dígame si alguna de las situaciones describen la razón principal por la que no ha recibido un vacuna recomendada.

(950-951)

**POR FAVOR LEER**:

01 No creo que las vacunas sean seguras o efectivas

02 No creo que corra el riesgo de contraer la enfermedad

03 Creo que es mejor contraer la enfermedad en lugar de la vacuna

04 Me opongo a la vacunación por razones filosóficas o religiosas

05 Mi proveedor de atención médica nunca ha discutido conmigo los motivos para vacunarse

06 Es difícil para mí tener el tiempo o el dinero para vacunarme

07 Previamente tuve la enfermedad y no necesito la vacuna

08 OTRA (ESPECIFICAR): (no col num)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Sección 16: V.I.H./Sida**

**C16.01** ¿Incluyendo pruebas de fluidos en la boca, pero no incluyendo las pruebas que pudo haber tenido para la donación de sangre, ¿alguna vez le hicieron una prueba de VIH?

(257)

**NOTA:** Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

1 SÍ

2 NO **[GO TO C16.03]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C16.03]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C16.03]**

**C16.02** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del V.I.H.por última vez?

(258-263)

**NOTA:** Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique ‘777777’ o ‘NO SABE / NO ESTÁ SEGURO.’

**NOTA:** Si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, marque los primeros dos dígitos del ‘77’ y los últimos cuatro dígitos del año. Ejemplo: 772010.

**\_ \_ /\_ \_ \_ \_** CODIFIQUE MES Y AÑO

(POR EJEMPLO: JUNIO DE 2020 = 062020)

777777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999999 SE NIEGA A CONTESTAR

**C16.03** Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de esas situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme qué situación es.                                                                  (264)

Se ha inyectado alguna droga distinta de aquellas que le recetaron el año pasado.

En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.

En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.

En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

En el último año ha tenido 4 o más parejas sexuales.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Emerging Core: Efectos a largo plazo del COVID-19**

**EC.1** ¿Alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que su prueba de COVID-19 salio positivo?

(265)

**NOTE:** Estos resultados positivos incluyen a aquellos de las pruebas de anticuerpos, o

pruebas de sangre, así como aquellos de otras pruebas de COVID-19, como las que se hacen con muestras de la nariz o la garganta que se hacen con un hisopo o bastoncito de algodón incluyendo pruebas en casa. No incluya las veces que un profesional de la salud le haya dicho que usted probablemente tenía el virus, pero no le hizo una prueba para confirmarlo.

1 SÍ

3 Prueba salió positiva usando una prueba en casa y no con un profesional de la salud

2 NO [**GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**EC.2** ¿Tuvo algún síntoma que le durara 3 meses o más y que no había tenido antes de tener coronavirus o COVID-19?

(266)

**NOTA:** Las afecciones de larga duración podrían ser un efecto indirecto del COVID-19. Es posible que estas afecciones no estén relacionadas con el virus mismo.

1 SÍ

2 NO [**GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**EC.3** Cuál de los siguientes fue el principal síntoma que usted tuvo? ¿Fue…?

(267-268)

**POR FAVOR LEER:**

1. Cansancio o fatiga
2. Dificultad para pensar o concentrarse, u olvidos o problemas de memoria (a veces conocido como “nube mental”)
3. Dificultad para respirar o falta de aire
4. Dolor en las articulaciones o en los músculos
5. Latidos rápidos del corazón (también conocidos como palpitaciones) o dolor de pecho
6. Mareos al ponerse de pie
7. Depresión, ansiedad o cambios en el estado de ánimo
8. Síntomas que empeoran después de hacer actividades físicas o mentales
9. No tuvo ningún síntoma de larga duración que limitó sus actividades

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

# **Módulos Opcionales**

## **Módulo 9: Sobrevivientes de Cáncer, Tipo de Cáncer**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 9, CANCER SURVIVORS, TYPE OF CANCER, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C07.06 = 1 OR C07.07 = 1, CONTINUE, ELSE GO TO MODULE 13, COGNITIVE DECLINE.]***

Usted nos dijo que había tenido cáncer. Me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre esta enfermedad.

**M09.01** ¿Cuántos tipos diferentes de cáncer ha tenido?

(310)

1 SOLO UNO  
2 DOS

3 TRES O MÁS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT MODULE]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT MODULE]**

**M09.02 IF M09.01 = 1:** ¿A qué edad le dijeron que tenía cáncer?

**IF M09.01 = 2, 3:** ¿A qué edad se le diagnosticó cáncer por primera vez?

(311-312)

**NOTA:** Si hay varios tipos de cáncer, esta pregunta se refiere a primera vez que les dijeron sobre su primer cáncer.

\_ \_ EDAD EN AÑOS ***[NOTA: 97 = 97 O MAYOR]***

98 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**M09.03** **IF CSRVNUM = 1:** ¿Qué tipo de cáncer era?

**IF CSRVNUM = 2, 3:** ¿Qué tipo de cáncer le diagnosticaron más recientemente?

(313-314)

**NOTE:** Please read list only if respondent needs prompting for cancer type (i.e., name of cancer) [1-29].

01 vejiga

02 la sangre

03 huesos

04 cerebro

05 de mama

06 cuello uterino

07 colon

08 esófago

09 vesícula

10 riñón

11 laringe o tráquea

12 Leucemia

13 hígado

14 pulmón

15 Linfoma

16 Melanoma

17 boca, lengua o labios

18 ovario

19 páncreas

20 próstata

21 recto

22 piel (no melanoma)

23 piel (no sabe el tipo)

24 tejidos blandos (músculo o grasa)

25 estómago

26 testículo

27 garganta o faringe

28 tiroides

29 útero

30 Otro

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 10: Sobrevivencia al Cáncer, Curso de Tratamiento**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 10, CANCER SURVIVORS, COURSE OF TREATMENT, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C07.06 = 1 OR C07.07 = 1, CONTINUE, ELSE GO TO MODULE 13, COGNITIVE DECLINE.]***

**M10.01** Recibe actualmente tratamiento para el cáncer?

(315)

**LEA SI ES NECESARIO:** Por tratamiento, queremos decir cirugía, radioterapia, quimioterapia o píldoras de quimioterapia.

**POR FAVOR LEER:**

1 Si **[GO TO NEXT MODULE]**

2 No, he completado el tratamiento

3 No, me han negado el tratamiento **[GO TO NEXT MODULE]**

4 No, no he empazado el tratamiento **[GO TO NEXT MODULE]**

5 Tratamiento no era necesario **[GO TO NEXT MODULE]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT MODULE]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT MODULE]**

**M10.02** ¿Qué tipo de médico proporciona la mayor parte de su atención médica? Es un…

(316-317)

**NOTA:** Si el encuestado solicita una aclaración de esta pregunta, diga: Queremos saber qué tipo de médico ve con más frecuencia por enfermedad o atención médica regular (por ejemplo, exámenes anuales y/o exámenes físicos, tratamiento de resfriados, etc.).

**LEA SI ES NECESARIO:** Un oncólogo es un médico que administra la atención y el tratamiento de una persona después de un diagnóstico de cáncer.

**POR FAVOR LEER:**

01 Cirujano de cáncer

02 Practicante familiar

03 Cirujano general

04 Oncólogo ginecológico

05 Médico general, internista

06 Cirujano Plástico, Cirujano Reconstructivo

07 Oncólogo Médico

08 Oncólogo Radioterápico

09 Urólogo

10 OTRO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**M10.03** ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dió un resumen escrito de todos los tratamientos contra el cáncer que recibió?

(318)

**LEA SI ES NECESARIO:** Por 'otro profesional de la salud,’ nos referimos a una enfermera practicante, asistente de un médico, trabajador social u otro profesional con licencia.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M10.04** Alguna vez recibió instrucciones escritas o impresas de un médico, enfermera u otro profesional de la salud sobre donde debe regresar o a quien debería de ver para un chequeo de cáncer después de completar su tratamiento para el cáncer?

(319)

1 SÍ, RECIBI INSTRUCCIONES ESCRITAS

2 NO, RECIBI INSTRUCCIONES ESCRITAS **[GO TO** **M10.06]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO** **M10.06]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO** **M10.06]**

**M10.05** ¿Estas instrucciones fueron escritas o impresas en papel para usted?

(320)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M10.06** Con su diagnóstico de cáncer más reciente, ¿tenía seguro de salud que pagó todo o parte de su tratamiento contra el cáncer?

(321)

**NOTA:** El 'seguro de salud' también incluye Medicare, Medicaid u otros tipos de programas estatales de salud.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M10.07** ¿Alguna vez le negaron la cobertura de seguro de salud o de vida debido a su cáncer?

(322)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M10.08** ¿Participó en un ensayo clínico como parte de su tratamiento contra el cáncer?

(323)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 11: Sobrevivientes de Cáncer, Manejo del Dolor**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 11, CANCER SURVIVORS, PAIN MANAGEMENT, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C07.06 = 1 OR C07.07 = 1, CONTINUE, ELSE GO TO MODULE 13, CAREGIVER MODULE.]***

**M11.01** ¿Tiene actualmente dolor físico causado por su cáncer o tratamiento para el cáncer?

(324)

1 SÍ

2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**M11.02** ¿ Diría que su dolor está actualmente bajo control?

(325)

**POR FAVOR LEER:**

1 Sí, con medicamentos (o tratamiento)

2 Sí, sin medicamentos (o tratamiento)

3 No, con medicamentos (o tratamiento)

4 No, sin medicamentos (o tratamiento)

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 13: Deterioro Cognitivo**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 13, COGNITIVE DECLINE, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS 45 YEARS OF AGE OR OLDER CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE.]***

Las siguientes preguntas son sobre las dificultades para pensar o recordar, que pueden hacer una gran diferencia en las actividades de la vida diaria. Esto no se refiere a olvidarse ocasionalmente las llaves o el nombre de alguien que conoció recientemente, lo cual es normal. Esto se refiere al estado de confusión o pérdida de la memoria que sucede cada vez con mayor frecuencia o que empeora, como, por ejemplo, olvidarse cómo hacer las cosas que hace desde siempre u olvidar cosas que normalmente sabe. Queremos saber cómo le afectan estas dificultades.

**M13.01** En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que sucede cada vez con más frecuencia o que empeora?

(331)

1 SÍ **[GO TO M13.02]**

2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M13.02]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**M13.02** En los últimos 12 meses, ¿como resultado de la confusión o pérdida de memoria, con qué frecuencia ha dejado de hacer sus actividades de la vida diaria o tareas del hogar que solía hacer, como, por ejemplo, cocinar, limpiar, tomar medicamentos, conducir o pagar cuentas? Diría usted que…

(332)

**POR FAVOR LEER:**

1 Siempre

2 Usualmente

3 Algunas veces

4 Casi nunca

5 Nunca

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M13.03** Como resultado de la confusión o pérdida de memoria, ¿con qué frecuencia necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria? Diría usted que… (333)

**POR FAVOR LEER:**

1 Siempre

2 Usualmente

3 Algunas veces

4 Casi nunca **[GO TO M13.05]**

5 Nunca **[GO TO M13.05]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M13.05]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO M13.05]**

**M13.04** Cuando usted necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia puede obtener la ayuda que necesita? Diría usted que…

(334)

**POR FAVOR LEER:**

1 Siempre

2 Usualmente

3 Algunas veces

4 Casi nunca

5 Nunca

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M13.05** En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha interferido la confusión o la pérdida de memoria en su capacidad de trabajar, trabajar de voluntario o participar en actividades sociales fuera de la casa? Diría usted que…

(335)

**POR FAVOR LEER:**

1 Siempre

2 Usualmente

3 Algunas veces

4 Casi nunca

5 Nunca

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M13.06** ¿Ha hablado usted u otra persona con un profesional de atención médica sobre su confusión o pérdida de memoria?

(336)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

1. SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 14: Cuidado de Personas**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 14, CAREGIVER, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**M14.01** En los últimos 30 días, ¿proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?

(337)

**NOTA**: Si la persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días, diga ‘lamento su pérdida,’ e ingrese el código 8.

1 SÍ

2 NO                                                 **[GO TO M14.09]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M14.09]**

8 LA PERSONA A LA QUE CUIDABA FALLECIÓ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS **[GO TO NEXT MODULE]**

9     SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO M14.09]**

**M14.02** ¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida?

(338-339)

**NOTA:** Si se trata de más de una persona, diga lo siguiente: ‘mencione la persona a la que le proporciona más cuidado.’

01 MADRE

1. PADRE
2. SUEGRA
3. SUEGRO
4. HIJO O HIJA
5. ESPOSO
6. ESPOSA
7. PAREJA CON LA QUE VIVE
8. HERMANO O CUÑADO
9. HERMANA O CUÑADA
10. ABUELA
11. ABUELO
12. NIETO O NIETA
13. OTRO FAMILIAR
14. NO ES PARIENTE/AMIGO DE FAMILIA
15. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
16. SE NIEGA A CONTESTAR

**M14.03** ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a esa persona? Diría usted que... (340)

**POR FAVOR LEER:**

1 Menos de 30 días

2 Entre 1 mes a menos de 6 meses

3 Entre 6 meses a menos de 2 años

4 Entre 2 años a menos de 5 años

5 5 o más años

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M14.04** En una semana promedio, ¿cuántas horas proporciona usted cuidado o ayuda? Diría usted que...

(341)

**POR FAVOR LEER:**

1. Hasta 8 horas por semana
2. De 9 a 19 horas por semana
3. De 20 a 39 horas por semana
4. 40 horas o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M14.05** ¿Cuál es el PRINCIPAL problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene la persona a la que cuida? Diría usted que... (342-343)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:** Dígame, ¿cuál de las siguientes afecciones cree que es el mayor problema?

1. ARTRITIS/REUMATISMO
2. ASMA
3. CÁNCER
4. AFECCIONES RESPIRATORIAS CRÓNICAS COMO ENFISEMA O EPOC
5. DEMENCIA U OTRO TRASTORNOS DE DEFICIENCIA COGNITIVA COMO LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER **[GO TO M07.07]**
6. DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO COMO AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN Y ESPINA BÍFIDA
7. DIABETES
8. ENFERMEDAD CARDIACA, PRESIÓN ARTERIAL ALTA
9. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
10. ENFERMEDAD MENTAL COMO ANSIEDAD, DEPRESIÓN O ESQUIZOFRENIA
11. OTRA ENFERMEDAD O INSUFICIENCIA EN UN ÓRGANO COMO PROBLEMAS DE RIÑÓN O HÍGADO
12. TRASTORNOS DE LA ADICCIÓN O ABUSO DE SUSTANCIAS
13. LESIONES, INCLUIDAS FRACTURAS DE HUESOS
14. VEJEZ/ACHAQUES/FRAGILIDAD
15. OTRA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**M14.06** ¿La persona que cuida tiene enfermedad de Alzheimer, demencia u otro trastorno de deterioro cognitivo?

(344)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M14.07** En los últimos 30 días, ¿le proporcionó a esta persona atención al manejar su cuidado personal como darle los medicamentos, alimentarla, vestirla o bañarla?

(345)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M14.08** En los últimos 30 días, ¿le proporcionó a esta persona atención al desempeñar tareas del hogar como limpiar, administrar dinero o preparar comidas?

(346)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M14.09** En los próximos 2 años, ¿tiene pensado proporcionar cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?

(347)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Module 16: Determinantes Sociales y Equidad en la Salud**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 16, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS]***

**M16.01** En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con su vida? ¿Esta usted muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho, o muy insatisfecho?

(361)

1 MUY SATISFECHO

2 SATISFECHO

3 INSATISFECHO

4 MUY INSATISFECHO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.02** ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? ¿Diría

que siempre, usualmente, algunas veces, casi nunca, o nunca?

(362)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.03** ¿Con qué frecuencia se siente socialmente aislado de los demás? ¿Diria que siempre,

usualmente, algunas veces, casi nunca, o nunca?

(363)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.04** En los últimos 12 meses, ¿ha perdido el empleo o le han reducido las horas de trabajo?

(364)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.05** Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido cupones para alimentos, también conocidos como SNAP, siglas en inglés de Programa Complementario de Asistencia Nutricional, en una tarjeta EBT?

(365)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.06** Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tuvo momentos en los que no le alcanzó la comida que compró y no tenía dinero para conseguir más? ¿Diría que siempre, usualmente, algunas veces, casi nunca, o nunca?

(366)

1 SIEMPRE

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.07** Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo pagar la

hipoteca, la renta o las cuentas de los servicios públicos?

(367)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.08** Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua amenazó con cortarle el servicio?

(368)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.09** Durante los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido ir a citas médicas, reuniones, el trabajo, o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?

(369)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M16.10** El estrés se refiere a una situación en la que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque los problemas le ocupan la mente todo el tiempo. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido este tipo de estrés? ¿Diría que siempre, usalmente, algunas veces, casi nunca, nunca?

(370)

1 SIEM

2 USUALMENTE

3 ALGUNAS VECES

4 CASI NUNCA

5 NUNCA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Accesso al Transporte**

***[CATI NOTE: ASK ACCESS TO TRANSPORTATION QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21. ASK IF M16.09 = 1.]***

**STACT2** Anteriormente usted menciono que la falta de transportación confiable le impidió ir a citas, trabajo o conseguir las cosas para su vida diaria, ¿Qué tipo de transporte estaba tratando de tomar?

(952)

**NOTA:** Los servicios de viaje compartido se refieren a los servicios de automóvil que permiten a una persona usar una aplicación de teléfono inteligente para compartir un viaje privado o compartido con otras personas, generalmente en un vehículo privado.

**POR FAVOR LEER:**

1 Carro

2 Autobús o tren (TRAX, FRONTRUNNER)

3 Caminando

4 Bicicleta o scooter

5 Servicios de viaje compartido (UBER, LYFT)

6 Otra

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Inseguridad Alimentaria**

**STFS3** En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses alguien en su familia recibió los beneficios de cualquier fuente de alimento NO FEDERAL como ‘Comidas con Ruedas,’ despensas de alimentos, bancos de alimentos, comedores sociales, programas de ayuda social, programas de mochilas o cualquier otro recurso alimenticio caritativo?

Diría usted que...

(953)

**POR FAVOR LEER:**

1 Todos los meses

2 Algunos meses

3 Menos de un mes

4 Nunca

8 NO APLICABLE

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 18: Cese del Tabaco**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 22 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: ASK M22.01 ONLY IF C12.01=1 (YES) AND C12.02=3 (NOT AT ALL).]***

**M18.01** ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)?

(379-380)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:**

01 En el último mes (hace menos de 1 mes)

02 En los últimos 3 meses (hace más de 1 mes pero menos de 3)

03 En los últimos 6 meses (hace más de 3 meses pero menos de 6)

04 En el último año (hace más de 6 meses, pero menos de 1 año)

05 En los últimos 5 años (hace más de 1 año, pero menos de 5)

06 En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10)

07 10 años o más

08 NUNCA HA FUMADO DE MANERA REGULAR

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**M18.02** En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

(381)

1 SÍ **[GO TO QUIT30]**

2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

## **Preguntas sobre el Uso del Tabaco en Utah**

***[CATI NOTE: ASK QUIT30 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. ASK QUIT30 ONLY IF M12.03 = 1 (YES).]***

**QUIT30** En los últimos 30 días, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

(954)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK ALL UTAH TOBACCO USE QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C11.02 = 1 OR 2 (‘EVERYDAY’ OR ‘SOME DAYS’), THEN RESPONDENT HAS A STATUS OF ‘CURRENT SMOKER’ AND CONTINUE. OTHERWISE, GO TO STSMK3.]***

**STSMK1 [NOTE: THE VALUE FOR THIS VARIABLE IS DERIVED FROM C13.3 AND**

**IMPORTED AT THE END OF SAQ COLUMNS (1229-1301)**

**STSMK2** Para la próxima pregunta, yo voy a leerle una serie de posibles respuestas. Por favor, responda 'Si' o 'No' para cada pregunta. Usted planea dejar de fumar...

(955)

**NOTA:** Pause entre cada categoria de respuesta para permitir a los encuestados a responder ‘Si’ o ‘No’ a cada categoria. Ingrese el codigo de respuesta para el primer ‘Si’ y luego continuar a la siguiente pregunta.

1 En los próximos 7 días

2 En los próximos 30 días

3 En los próximos 6 meses

4 En el próximo año

5 En más de un año a partir de ahora

6 No piensas dejar de fumar

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C11.02 = 1 OR 2 (‘EVERYDAY’ OR ‘SOME DAYS’) OR IF M18.01 < 05 (RESPONDENT QUIT SMOKING IN THE PAST YEAR), CONTINUE TO STSMK3. OTHERWISE, GO TO STSMK7.]***

Las siguientes preguntas se refieren a las interacciones con un médico, enfermera u otro profesional de la salud.

**STSMK3** En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para obtener algún tipo de cuidado para usted mismo(a)?

(956)

1. SÍ
2. NO **[GO TO STSMK7]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK4** En los últimos 12 meses, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le a consejo que deje de fumar?

(957)

1. SÍ
2. NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK5** ¿Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le recomendó o hablo de medicamentos para ayudarle a dejar de fumar, como el chicle de nicotina, parche, atomizador nasal, inhalador, pastillas, o medicamentos de prescripción como Wellbutrin/Zyban/Bupropion? (Well BYOU trin/ZEYE ban/byou PRO pee on)?

(958)

1. SÍ
2. NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK6** Su doctor o proveedor de salud le recomendó o hablo de clases para cesar de fumar, o de un número de teléfono para dejar de fumar, o consejería uno a uno de un proveedor de salud para ayudarle a dejar de fumar?

(959)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK7** En los últimos 30 días, alguien, incluido usted, ha fumado puros, cigarrillos, o pipas en algún lugar dentro de su hogar?

(960)

1 SÍ

2 NO

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSMK9** La siguiente pregunta es acerca del humo que usted podría haber respirado porque otra persona estaba fumando, ya fuera dentro, al aire libre, en un vehículo, o en cualquier otro lugar.

¿En cuántos de los últimos 7 días, ¿respiro humo de tabaco del cigarrillo, puro, pipa o cualquier otro producto del tabaco de alguien que no sea usted?

(961-962)

\_ \_ NUMERO DE DÍAS ***[RANGO: 1-7]***

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**SMKAD2** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha visto los anuncios en la televisión o en línea alentando a los fumadores a dejar de fumar o sobre los peligros de fumar? Diría usted que...

(963)

**NOTA:** En línea incluye el uso de Internet en computadoras de escritorio, tabletas y teléfonos.

**POR FAVOR LEER:**

1 Nunca  
2 Alrededor de una vez o dos veces en los últimos 30 días  
3 Una vez a la semana  
4 Varias veces a la semana

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 20: Entrevista Del Breve Examen De Alcohol**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 20, ALCOHOL SCREENING AND BRIEF INTERVIEW (ASBI), ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C03.04 = 1 OR 2 (HAD A CHECKUP WITHIN THE PAST 2 YEARS) CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE.]***

**M20.01** Anteriormente, usted me dijo que su último chequeo de rutina fue [dentro del último año/dentro de los 2 últimos años]. En ese chequeo, ¿le preguntaron personalmente o mediante un formulario si usted bebe alcohol?  
 (385)

**NOTA:** El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho examenes de salud rutinarios. Estamos colectando informacion sobre personas que toman o no toman bebidas alcolicas.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M20.02** ¿le preguntó el proveedor de atención medica en persona o en un formulario qué cantidad de alcohol bebe?  
 (386)

**NOTA:** El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho examenes de salud rutinarios. Estamos colectando informacion sobre personas que toman o no toman bebidas alcolicas.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M20.03** ¿Le preguntó el proveedor de atención medica si tomo [5 para hombres / 4 para mujeres] bebidas alcohólicas o más en una ocasión?  
 (387)

**NOTA:** El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho examenes de salud rutinarios. Estamos colectando informacion sobre personas que toman o no toman bebidas alcolicas.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF M20.01, M20.02, OR M23.03 = 1 (YES) CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE.]***

**M20.04** ¿Le ofrecieron consejos acerca de los niveles de consumo de alcohol que son dañinos o riesgosos para la salud?

(388)

**NOTA:** El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho examenes de salud rutinarios. Estamos colectando informacion sobre personas que toman o no toman bebidas alcolicas.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M20.05** Los proveedores de atención médica también podrían aconsejar a sus pacientes que consuman menos alcohol por distintas razones. En su último chequeo de rutina, ¿le aconsejaron que redujera o abandonara su consumo de alcohol?

(389)

**NOTA:** El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho examenes de salud rutinarios. Estamos colectando informacion sobre personas que toman o no toman bebidas alcolicas.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 23: Selección Aleatoria de Niños**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 23, RANDOM CHILD SELECTION, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. IF C08.15 = 88 OR 99 (NO CHILDREN UNDER AGE 18 IN THE HOUSEHOLD, REFUSED), GO TO NEXT MODULE.]***

***[CATI NOTE: IF C08.15 = 1, INTERVIEWER PLEASE READ: ‘PREVIOUSLY, YOU INDICATED THERE WAS ONE CHILD AGE 17 OR YOUNGER IN YOUR HOUSEHOLD. I WOULD LIKE TO ASK YOU SOME QUESTIONS ABOUT THAT CHILD.’ GO TO M23.01.]***

***[CATI NOTE: IF C08.15 IS >1 AND C0Q8.15 DOES NOT EQUAL 88 OR 99, INTERVIEWER PLEASE READ: ‘PREVIOUSLY, YOU INDICATED THERE WERE [NUMBER] CHILDREN AGE 17 OR YOUNGER IN YOUR HOUSEHOLD. THINK ABOUT THOSE [NUMBER] CHILDREN IN ORDER OF THEIR BIRTH, FROM OLDEST TO YOUNGEST. THE OLDEST CHILD IS THE 11FIRST CHILD AND THE YOUNGEST CHILD IS THE LAST. PLEASE INCLUDE CHILDREN WITH THE SAME BIRTH DATE, INCLUDING TWINS, IN THE ORDER OF THEIR BIRTH.’]***

***[CATI NOTE: RANDOMLY SELECT ONE OF THE CHILDREN. THIS IS THE ‘XTH’ CHILD. PLEASE SUBSTITUTE ‘XTH’ CHILD’S NUMBER IN ALL QUESTIONS BELOW.]***

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre un niño en particular. El niño al que nos referimos será el ‘X***’*** niño. ***[CATI NOTE: PLEASE FILL IN CORRECT NUMBER] CHILD IN YOUR HOUSEHOLD. ALL FOLLOWING QUESTIONS ABOUT CHILDREN WILL BE ABOUT THE ‘XTH’ [CATI NOTE: PLEASE FILL IN] CHILD.]***

**M23.01** ¿En qué mes y año nació el ‘X’ niño?

(593-598)

\_ \_ / \_ \_ \_ \_ CODIFIQUE MES Y AÑO

***(POR EJEMPLO: AGOSTO DE 2004 = 082004)***

77/7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99/9999 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: CALCULATE THE CHILD’S AGE IN MONTHS (CHLDAGE1=0 TO 216) AND ALSO IN YEARS (CHLDAGE2=0 TO 17) BASED ON THE INTERVIEW DATE AND THE BIRTH MONTH AND YEAR USING A VALUE OF 15 FOR THE BIRTH DAY. IF THE SELECTED CHILD IS < 12 MONTHS OLD ENTER THE CALCULATED MONTHS IN CHLDAGE1 AND 0 IN CHLDAGE2. IF THE CHILD IS > 12 MONTHS ENTER THE CALCULATED MONTHS IN CHLDAGE1 AND SET CHLDAGE2=TRUNCATE (CHLDAGE1/12).]***

**M23.02** ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (599)

1 NIÑO **[GO TO M23.04]**

2 NIÑA **[GO TO M23.04]**

3 NO-BINARIA/ OTRO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M23.03** Cual fue el sexo del niño o niña al nacer?

(600)

**1** Hombre

**2** Mujer

**M23.04**¿Es el niño hispano, latino, o de origen español? (601-604)

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Si la respuesta es ‘Sí,’ pregunte: ¿es...?

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

**POR FAVOR LEER:**

1 Mexicano, Mexicoamericano, Chicano/a

2 Puertorriqueño

3 Cubano

4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español **[GO TO UT23.3c]**

5 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK UT23.3c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT23.3c** Usted identifica su niño como ‘De otro origen Latino, o Hispano, o Español.’ Es el niño:

(964-967)

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

**POR FAVOR LEER:**

1 Dominicano/a

2 Centro Americano/a

3 Sudamericano/a

4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M23.05**¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño?

Diría usted que ... Blanco, Negro o afroamericano, Indioamericano o nativo de Alaska, Asiático o Isleño del Pacífico ? (605-632)

**NOTA:** IF ASIAN ASK: Indoasiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, o otro Asiático.

**NOTA:** IF PACIFIC ISLANDER ASK: Nativo de Hawái, Guameño o Chamorro, Samoano, o otro Isleño del Pacífico.

**NOTA:** Es posible seleccionar una o más categorías.

10 BLANCO

20 NEGRO O AFROAMERICANO

30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA

40 ASIÁTICO

41 INDOASIÁTICO

42 CHINO

43 FILIPINO

44 JAPONÉS

45 COREANO

46 VIETNAMITA

47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO

50 ISLEÑO DEL PACÍFICO

51 NATIVO DE HAWÁI

52 GUAMEÑO O CHAMORRO

53 SAMOANO

54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO **[GO TO UT23.4c]**

88 NO OPCIONES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

1. SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK UT23.4c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT23.4c** Usted identifica su niño como ‘Otro Isleño del Pacífico.’ Es el niño:

(968)

**POR FAVOR LEER:**

1 Tongano

2 De otras islas del Pacífico

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M23.06**¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño?

(633-634)

**NOTA:** Si se selecciona 40 (Asiático) o 50 (Isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

10 BLANCO

20 NEGRO O AFROAMERICANO

30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA

40 ASIÁTICO

41 INDOASIÁTICO

42 CHINO

43 FILIPINO

44 JAPONÉS

45 COREANO

46 VIETNAMITA

47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO

50 ISLEÑO DEL PACÍFICO

51 NATIVO DE HAWÁI

52 GUAMEÑO O CHAMORRO

53 SAMOANO

54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO **[GO TO UT23.5c]**

88 NO OPCIONES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK UT23.5c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**UT23.5c**  Usted identifica su niño como ‘Otro Isleño del Pacífico.’ Es el niño:

(969)

**POR FAVOR LEER:**

1 Tongano

2 De otras islas del Pacífico

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**M23.07** ¿Qué relación tiene usted con el niño? (635)

1 Padre o madre (incluya padre o madre biológicos, padrastro o madrastra, o padre o madre adoptivos)

2 Abuelo o abuela

3 Padres adoptivos

4 Hermano o hermana (incluya hermano o hermana biológicos, hermanastro o hermanastra o hermano o hermana adoptivos)

5 Otro familiar

6 No tiene ninguna relación

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Módulo 24: Prevalencia del Asma Infantil**

***[CATI NOTE: ASK MODULE 24, CHILDHOOD ASTHMA PREVALENCE, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF RESPONSE TO C09.15 = 88 OR 99, GO TO STATE-ADDED QUESTIONS.]***

Las siguientes dos preguntas son acerca del ‘X’ ***‘ [CATI NOTE: PLEASE FILL IN CORRECT NUMBER]*** niño en su casa.

**M24.01** ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero, u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma? (636)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**

**M24.02** ¿El niño aún tiene asma? (637)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

# **Preguntas Adicionales del Estado**

## **Vacuna contra la Vacilación (solo para Niños)**

***[CATI NOTE: ASK VACCINE HESITANCY (CHILD ONLY) QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF C08.15 = 88 OR 99, GO TO NEXT SECTION.]***

**CVH01** ¿Está su hijo/a al día con todos las vacunas recomendadas, excluyendo la vacuna anual contra la gripe y cualquier vacuna para COVID-19?

(970)

1 SÍ **[GO TO NEXT SECTION]**

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**CVH02** Le voy a leer una lista de razones por las cuales los niños no reciben una vacuna recomendada. Cuando termine, dígame si alguna de las situaciones describen la razón principal por la que su hijo no recibió la vacuna recomendada.

(971-972)

01 No creo que las vacunas sean seguras o efectivas

02 No creo que mi hijo esté en riesgo de contraer la enfermedad

03 Creo que es mejor contraer la enfermedad en lugar de la vacuna

04 Me opongo a la vacunación por razones filosóficas o religiosas para vacunar a mi hijo

05 Mi proveedor de atención médica nunca ha discutido conmigo los motivos para vacunarse

06 Es difícil para mí tener el tiempo o el dinero para vacunarme

07 Mi hijo ha tenido previamente la enfermedad y no necesito la vacuna

08 OTRA (ESPECIFICAR): (no col num)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Diabetes –**

***[CATI NOTE: ASK IF Q6.13 = YES. ASK ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**DIAB01** De acuerdo con su médico u otro profesional de la salud, ¿Qué tipo de diabetes tiene usted?

(973)

1. TIPO 1
2. TIPO 2

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**DIAB02** Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses?

(974-975)

**NOTA:** Si es más de 76 veces, ingresa ’76.’

\_ \_ CANTIDAD DE VECES ***[CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.]***

88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**DIAB03**  ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba ‘A1C’?

(976-977)

**NOTA:** La Prueba ‘A1C’ mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos 3 meses

\_ \_ CANTIDAD DE VECES ***[CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.]***

88 NINGUNA

98 NUNCA HA OÍDO HABLAR DE LA PRUEBA ‘A1C’

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF M02.03 = 555 (NO FEET), GO TO M02.07 – no feet question is eliminated.]***

**DIAB04** ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha revisado los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada? (978-979)

\_ \_ CANTIDAD DE VECES ***[CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.]***

88 NINGUNA

98 NO TIENE PIES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**DIAB05** ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto habría ocasionado que le molestara la luz brillante por unas horas. (980)

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:**

1 En el mes pasado (hace menos de 1 mes)

2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses)

3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)

4 Hace 2 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

1. NUNCA

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**DIAB06** ¿Cuándo fue la última vez que un médico, enfermero u otro profesional de la salud le tomó una foto de la parte posterior del ojo con una cámara especializada?

(981)

**READ ONLY IF NECESSARY:**

1 En el mes pasado (hace menos de 1 mes)

2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses)

3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)

4 Hace 2 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

8 NUNCA

9 REFUSE SE NIEGA A CONTESTAR

**DIAB07** ¿Alguna vez un médico le ha dicho que la diabetes le ha afectado los ojos o que tiene retinopatía?

(982)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**DIAB08** ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo

su diabetes?

(983)

1 SÍ **[GO TO DIAB09]**

2 NO **[GO TO DIAB10]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[SKIP TO NEXT SECTION – END]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[SKIP TO NEXT SECTION – END]**

**DIAB09** Tuvo alguna de las siguientes razones por las cuáles quizo asistir a un curso

o una clase sobre el control de la diabetes?

(984-988)

**POR FAVOR LEER:**

1. Amigos o familiares lo animaron
2. Recomendación de un medico u otra profesional de la salud
3. Para prevenir posibles complicaciones relacionadas con la diabetes
4. Para aprender a controlar major la diabetes
5. Alguna otra razón

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

8 NINGUNO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**DIAB10** ¿Tuvo alguna de las siguientes razones por las cuáles no ha tomado un curso

o una clase sobre el control de la diabetes

(989-1004)

**POR FAVOR LEER:**

1. No sabía nada de la clase
2. No pensé que la clase fuera necesaria
3. La ubicación de las clases está demasiado lejos
4. Los horarios de clase no funcionan con (mi) horario
5. Las clases no se ofrecieron en (mi) idioma preferido
6. El costo de la clase es demasiado caro
7. Otros costos, por ejemplo, transporte o cuidado de niños
8. Alguna otra razón

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

88 NINGUNO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Seguro y Acceso**

***[CATI NOTE: ASK INSURANCE AND ACCESS QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]***

***[CATI NOTE: ALL QUESTION NAMES BEGINNING WITH A ‘K’ WILL BE ASKED ABOUT THE RANDOMLY SELECTED CHILD. IF C03.01 = 88 (ADULT HAS NO COVERAGE OF ANY TYPE), GO TO UNINS, OTHERWISE, GO TO KCOVTYPE.]***

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INTRODUCTION TO ‘INSURANCE AND ACCESS’ QUESTIONS CHANGES DEPENDING ON HOW THE RESPONDENT ANSWERED THE CORE HEALTH INSURANCE QUESTION AND WHETHER OR NOT THEY HAVE A CHILD IN THE HOUSEHOLD.]***

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su cobertura [y de su hijo] de seguro de salud y actividades relacionadas con el trabajo.

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF C03.01 = 2, READ: ‘EARLIER, YOU SAID YOU DID NOT HAVE ANY HEALTHCARE COVERAGE. THERE ARE SOME TYPES OF PLANS YOU MAY NOT HAVE CONSIDERED.’]***

**UNINS** ¿Por cuántos meses ha estado usted sin seguro médico?

(1005-1006)

00 MENOS DE 4 SEMANAS

01-60 PON # DE MESES

61 MÁS DE 5 AÑOS

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASKED IF C03.01 = 88 (ADULT HAS NO COVERAGE OF ANY TYPE). DISPLAY WORDS IN BRACKETS IF THERE IS MORE THAN 1 ADULT LIVING IN THE HOUSEHOLD.]***

**WHY** Voy a leerle una lista de razones por las que podría estar sin seguro médico. Por favor, dígame cuáles son sus razones. ¿No tiene seguro porque…

(1007-1024)

**LEA LAS RESPUESTAS, SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN.**

1 El empleador de usted [o alguien más en su casa] no ofrece seguro de salud

2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo

3 Usted [o alguien más en su casa] es un empleado temporal

4 Usted [o alguien más en su casa] trabaja por cuenta propia

5 Las primas cuestan demasiado

6 Está sano y decidió que sería mejor estar sin seguro

7 La compañía de seguros se negó a cubrirle

8 Ha perdido la elegibilidad de Medicaid o CHIP

66 Alguna otra razón

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO  

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASKED OF SRs OF INSURED, UNINSURED, AND UNDETERMINED INSURANCE STATUS IF C08.14 = 3, 4, 5, 6, 7, 8, or 9, GO TO ‘EMPLOYED.’ IF C08.14 = 1 OR 2, GO TO ‘HOURSWKD.’]***

**EMPLOYED** ¿Hace cualquier trabajo por una remuneración o beneficencia?

(1025)

**NOTA:** Si el entrevistado le pregunta porque nos preguntan sobre el empleo, diga: ‘Al preguntar sobre el empleo y donde la gente trabaja, el Departamento de Salud esta tratando de entender más acerca de las compañias que ofrecen seguro de salud.’

**NOTA**: Si el entrevistado dice que han estado de vacaciones recientemente, todavía es necesario para obtener información sobre el empleo. ¿Pregunte ‘En la actualidad trabaja por una remuneración o beneficio?’

1 SÍ

2 NO **[GO TO KCOVTYPE]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C08.14 = 1 OR 2, SHOW ‘EARLIER YOU SAID YOU ARE [FILL IN WITH EITHER ‘EMPLOYED FOR WAGES’ OR ‘SELF-EMPLOYED.’ F EMPLOYED = 1, 7, OR 9, ASK ‘HOURSWKD.’]***

**HOURSWKD** ¿Cuántas horas por semana trabaja USUALMENTE en su trabajo principal?

(1026-1027)

**NOTA**: Si el entrevistado pregunta por qué significa ‘trabajo principal,’ diga ‘Por ‘trabajo principal,’ me refiero a aquél en el que usualmente trabaja más horas.’

\_ \_ Horas ***[NOTA: 70 = 70 HORAS O MÁS.]***

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: IF C08.15 = 88 OR 99, GO TO NEXT SECTION.]***

***[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]***

**KCOVtype** Está el niño(a) ACTUALMENTE cubiertos por cualquiera de los siguientes tipos de seguro de salud o cobertura de plan de salud?

(1028-1043)

**NOTA:** Si el encuestado dice ‘a través de Intercambio Federal de Salud healthcare.gov, pregunte si el seguro se compró en forma privada (‘02’) o a través de Medicaid (‘04’).

**NOTA:** El programa de salud para los niños de Utah, (CHIP) es un programa para niños de padres que trabajan, pero sus niños no están asegurados o quienes ganan demasiado para calificar en los beneficios de Medicaid.

**NOTA:** Seleccione todas las que correspondan.

**POR FAVOR LEER:**

01        Un plan que compra a través de un empleador o sindicato (incluye planes prepagados a través del empleador de otra persona)

02 Un plan que usted u otro miembro de la familia compra por su cuenta

03 Medicare

04 Medicaid u otro programa estatal

05 El Programa de Seguro de Salud para Niños de Utah (CHIP)

06 TRICARE (anteriormente CHAMPUS),VA, o Military

07 Servicio de Salud Indigena

08 Alguna otra fuente

09        Ninguno (no tiene seguro de salud)   **[GO TO KUNINS]**

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO  

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INSURANCE STATUS OF THE CHILD IS NOW DETERMINED. 0 = UNDETERMINED, 1 = INSURED, 2 = UNINSURED. THE CHILD IS INSURED IF ‘KCOVTYPE’ = 01-08. THE CHILD IS UNINSURED IF ‘KCOVTYPE’ = 09. THE CHILD’S INSURANCE STATUS IS UNDETERMINED IF ‘KCOVTYPE’ =77 OR 99. CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 1 (INSURED) WILL SKIP TO ‘KHLTHEX’; CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 2 (UNINSURED) WILL SKIP TO ‘KUNINS’; AND CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 0 (UNDETERMINED) WILL SKIP TO NEXT SECTION.]***

**KHLTHEX** ¿La cobertura del niño/a es a través del Intercambio Federal de Salud healthcare.gov?

(1044)

1 SÍ **[GO TO NEXT SECTION]**

2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO   **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**KUNINS** ¿Por cuántos meses ha estado el niño(a) sin seguro médico?

(1045-1046)

00 MENOS DE 4 SEMANAS

01-60 PON # DE MESES

61 MÁS DE 5 AÑOS

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: DISPLAY WORDS IN BRACKETS IF THERE IS MORE THAN 1 ADULT LIVING IN THE HOUSEHOLD.]***

***[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]***

**KWHY** Ahora me gustaría preguntarle acerca de las razones por que el niño(a) podría estar sin seguro. Voy a leerle una lista de razones, por favor, dígame cuales son las razones para el niño(a). ¿Está el niño(a) sin seguro porque…

(1047-1064)

**NOTA:** Seleccione todas las que correspondan.

**POR FAVOR LEER:**

1 El empleador de usted [o de otra persona] no ofrece seguro de salud para el niño(a)

2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo

3 Usted [o alguien de la familia] es un empleado temporal

4 Usted [o alguien en el hogar] trabaja por cuenta propia

5 Las primas cuestan demasiado

6 El niño(a) está sano y están seguros de que [él / ella] está mejor sin seguro medico

7 La compañía de seguros se negó a cubrir [él / ella]

8 El niño(a) perdido la elegibilidad de Medicaid o CHIP

66 Alguna otra razón

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO  

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Tatuajes**

***[CATI NOTE: ASK TATTOOING QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

Le voy a preguntar sobre su experiencia con el tatuaje. Por favor incluya cada tatuaje que se ha hecho usando una máquina de tatuaje, aun si han desvanecido, cubiertos por otros tatuajes o han sido removidos.

**TAT1** ¿Cuál es el número total de sesiones de tatuaje que ha tenido?

(1065-1066)

**LEA SOLO SI ES NECESARIO:** El tatuaje no incluye maquillaje permanente, microblading, o tatuajes de palo y pinchazo. Grandes tatuajes a veces requieren múltiples sesiones. Una persona puede tener un solo tatuaje que requirió múltiples sesiones.

\_ \_ CANTIDAD DE SESIONES ***[RANGO: 01-50]***

55 MÁS DE 50 SESIONES

88 NINGUNO **[GO TO NEXT SECTION]**

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**TAT2** ¿Cuántos de sus tatuajes son más grandes que su palma de la mano?

(1067-1068)

\_ \_ CANTIDAD DE TATUAJES ***[RANGO: 01-50]***

55 MÁS DE 50 TATUAJES

88 NINGUNO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**TAT3** ¿Qué edad tenía cuando se hizo su primer tatuaje?

(1069-1071)

\_ \_ EDAD EN AÑOS ***[RANGO: 10-100]***

555 MENOR DE 10 AÑOS

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**TAT4** ¿De que color son sus tatuajes? Le voy a leer una lista de colores, por favor diga sí o no por cada uno.

**POR FAVOR LEER:**

(1072-1093)

1. Negro
2. Rojo
3. Naranja
4. Amarillo
5. Verde
6. Azul
7. Púrpura
8. Marrón
9. Blanco
10. Luz Negra/Tatuaje UV
11. Otros Colores

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Uso de Marihuana de Utah**

***[CATI NOTE: ASK UTAH MARIJUANA USE QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]***

***[CATI NOTE: IF M21.01=88, 77, OR 99, GO TO STMM3A.]***

**STMJ1** En los últimos 12 meses, ¿Que tan seguido uso marihuana o canabis? Diria…

(1094)

**PLEASE READ:**

**NOTA: Si se pregunta, se debe aconsejar a los participantes que NO incluyan productos que contengan hemp CBD.**

1 Diario

2 1-2 veces por semana

3 1-2 veces por mes

4 Raramente

5 No ha usado marihuana en los últimos 12 meses? (Skip to the next module)

7 NO SABE/ NO ESTA SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR(skip to the next module)

**STMJ2**      En los utlimos 30 dias, en cuantos días uso marihuana o canabis?

**NOTA: Si se pregunta, se debe aconsejar a los participantes que NO incluyan productos que contengan hemp CBD.**

(1095-1096)

\_\_ Numero de dias (01-30)

88 NINGUNO

77 NO SABE/ NO ESTA SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STMJ3** En cual de las siguientes formas uso marihuana con mas frecuencia? Por lo general la fumo, comio, bebio, vaporizo, la uso concentrada “dabbing” o la consumio de algua otra manera?

(1097)

1 La fumó (por ejemplo, en una unión, bong, tubería o romo)

2 La comió (por ejemplo, en brownies, pasteles, galletas o dulces)

3 La bebió (por ejemplo, en té, refresco de cola o alcohol)

4 La vaporizó (por ejemplo, en un vaporizador similar a un cigarrillo electrónico u otro dispositivo de vaporización)

5 La usó en concentrado o ‘dabbing’ (por ejemplo, con ceras o concentrados)

6 La consumió de alguna otra manera

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STMJ4** Cuando usa marihuana, por lo general es. . .

**(PLEASE READ:)**

(1098)

1 Por razones medicas (como tratar o disminuir los sitomas de una condición de salud)

2 Solo para fines no médicos(como divertirse o sentirse aceptado)

3 Por las dos razones medicas y no medicas

7 NO SABE/ NO ESTA SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STMJ5** En los últimos 12 meses, ¿dónde obtuvo información sobre la marihuana medicinal o canabis? Seleccione todas las que correspondan.

(1099-1116)

01 Médico, enfermera u otro profesional de la salud

02 Amigo o familiar

03 Internet

04 Radio o TV

05 El programa de Utah para canabis

06 Lider religioso

07 Libro,revistas u otra publicación

08 Artículo académico o artículo de investigación

09 Alguna otra fuente

10 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Telesalud/Telemedicina**

***[CATI NOTE: ASK TELEHEALTH/TELEMEDICINE QUESTION ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STTELH1** En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado telesalud o telemedicina para alguno de los siguientes servicios médicos? Seleccione todas las que correspondan.

(1117-1122)

**NOTA:** Telesalud o telemedicina se refiere a la prestación remota de servicios de atención médica e información clínica mediante Internet, medios inalámbricos, satelitales y telefónicos.

**NOTA**: Las clases para la prevención y/o el autocuidado pueden ser para afecciones como presión arterial alta, prediabetes, diabetes, colesterol alto.

**POR FAVOR LEER:**

1. Chequeo de rutina
2. Pregunta o preocupación de salud urgente o aguda
3. Manejo de condiciones crónicas
4. Clases grupales para la prevención o el autocuidado de enfermedad crónicas
5. Servicios de salud mental
6. Otros servicios

8 NO HAN UTILIZADO TELESALUD O TELEMEDICINA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Atención Preventiva de Rutina**

***[CATI NOTE: ASK ROUTINE PREVENTIVE CARE TO WOMEN BETWEEN 18-45 WHO ANSWERED A SPECIFIC WAY ON CHCA04.]***

**PREVC1** Usted dijo que no ha visitado a un medico para un chequeo de rutina durante el ultimo año. ¿Cuál es la razón principal por la que no se ha hecho un chequeo?

(1123-1124)

**POR FAVOR LEER:**

1. No sabía que necesitaba un chequeo de rutina annual.
2. No pude conseguir una cita cuando la quería
3. No tenía forma de llegar a la clínica o al consultorio del medico
4. No pude tomarme tiempo libre del trabajo
5. No tenia a nadie que cuidara de mis hijos
6. Dejéver a un médico debido a preocupaciones sobre COVID-19

08 Otra razon

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Salud Sexual**

***[CATI NOTE: ASK SEXUAL HEALTH ON QUESTIONNAIRE PATH 21/22.]***

Las siguientes preguntas son acerca de la salud sexual. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictament confidenciales y que no tiene que contestarlas si no lo desea. Cuando conteste estas preguntas, por favor tenga en cuenta que por sexo nos referimos a oral, vaginal o anal.

**STSH1** ¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha hablado alguna vez sobre lo siguiente? Seleccione todas las que correspondan . . .

(1125-1140)

**LEA LAS RESPUESTAS 01-09 Y SELECCIONE TODAS LAS QUE SEAN SI:**

01 Abstinencia

02 Planificación familiar o infertilidad

03 Uso de condón

04 Reducir el número de parejas sexuales

05 VIH/SIDA

06 Otras ETS, como clamidia o sífilis

07 Hacerse la prueba del VIH o las ETS

08 Profilaxis previa a la exposición (PrEP)

09 No, un proveedor nunca me ha hablado de ninguno de estos temas

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSH2** ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo algún tipo de sexo consensual?

(1141-1143)

**NOTA**: El sexo consensuado es cuando usted y su pareja sexual acuerdan tener relaciones sexuales.

\_ \_ EDAD EN AÑOS [RANGO: 14-100]

222 NUNCA HE TENIDO SEXO CONSENSUAL **[GO TO NEXT SECTION]**

555 MENOR DE 14 AÑOS

777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

999 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSH3** Pensando en la última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó usted o su pareja un condón?

(1144)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSH4** ¿Cual de las siguientes declaraciones describe mejor la razón por la que no usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales?

(1145-1146)

**POR FAVOR LEER:**

01 Mi pareja y yo solo tenemos sexo entre nosotros (monogamia)

02 Mi pareja o yo no nos gusta usar condones

03 No había condón disponible

04 Mi pareja y yo solo tuvimos sexo oral

05 Mi pareja y yo estábamos usando otro método

06 Mi pareja y yo intentábamos quedar embarazada

07 Mi pareja y yo nunca hablamos de usar condones

08 Mi pareja y yo nos hacemos pruebas con regularidad

09 Mi pareja o yo estamos tomando PrEP (profiliaxis previa a la exposición)

10 Estaba borracho o drogado

11 No me importan las ETS

12 Otro (especificar)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Planificación Familiar –**

***[CATI NOTE: ASK FAMILY PLANNING QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS FEMALE AND GREATER THAN 49 YEARS OF AGE, IS PREGNANT, HAS HAD A HYSTERECTOMY, NEVER HAD CONSENSUAL SEX OR IF RESPONDENT IS MALE, GO TO THE NEXT MODULE.]***

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con la prevención del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos, también conocido como planificación familiar. Las preguntas sobre las relaciones sexuales se refieren al sexo en el que se inserta un pene en la vagina.

**STFP0** En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted relaciones sexuales?

(1147)

1 SÍ

2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**STFP1** La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿hizo usted o su pareja algo para evitar que quedara embarazada?

(1148)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STFP5]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**STFP2** La última vez que tuviero relaciones sexuales, ¿qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo?

(1149-1150)

**NOTA:** Si la encuestada indica más de un método anticonceptivo, anote el método que aparezca primero en la lista.

**NOTA:** Si la encuestada responde ‘otro método,’ pídale que por favor ‘especifique’ y asegúrese de que la respuesta no corresponda a otra categoría. si la respuesta corresponde a otra categoría, márquela adecuadamente.

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:**

01 Esterilización femenina (p. ej. ligadura de trompas, Essure, Adiana)

02 Esterilización masculina (vasectomía)

03 Implante anticonceptivo (p. ej. Nexplanon, Jadelle, Sino Implant, Implanon)

04 DIU de levonorgestrel (LNG) o DIU hormonal (p. ej., Mirena, Levonorgestrel, ParaGard)

05 Inyecciones (p. ej., Depo-Provera o DMPA)

06 Pastillas anticonceptivas, anillo anticonceptivo (p. ej., NuvaRing), parche

anticonceptivo (p. ej., Ortho Evra)

07 Condones (para hombres o para mujeres)

08 Diafragma, capuchón cervical, espuma, gel, película o crema anticonceptiva

09 Anticonceptivos de emergencia (pastilla de la ‘mañana siguiente’)

10 No tiene relaciones sexuales en ciertos días (método del ritmo o método

anticonceptivo natural)

11 Retiro antes de la eyaculación (eyacula afuera)

12 Otro método

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK ONLY IF STFP3 IS 3, 4, 5, OR 6, OTHERWISE GO TO NEXT SECTION – IF STFP4 WAS ASKED, THEN GO TO NEXT SECTION AFTER STFP4.]***

**STFP4** ¿De dónde obtuvo [respuesta de STFP3] que uso la última vez que tuvo

relaciones sexuales?

(1151-1152)

1. Consultorio médico privado
2. Clínica de salud comunitaria, clínica comunitaria, clínica de salud pública
3. Clínica de planificación familiar o Planned Parenthood
4. Escuela or clínica escolar
5. Clínica ambulatoria del hospital, sala de hospital regular
6. Centro de atención de urgencia o instalación sin cita previa
7. Visita de atención médico con un famacéutico
8. Sitio we o aplicación
9. En otro lugar

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

Algunas de las razones que pudo haber tenido para no evitar un embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales pueden ser: desear un embarazo, no tener dinero para comprar un método anticonceptivo o no pensar que puede quedar embarazada.

**STFP3** ¿Cuál fue su principal razón para no usar un método para prevenir el embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales?

(1153-1154)

**NOTA:** Si la encuestada responde ‘otra razón,’ pídale que ‘por favor especifique’ y asegúrese de que la respuesta no corresponda a otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márquela adecuadamente.

**LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:**

01 No pensaba que iba a tener una relación sexual/no tiene una pareja fija

02 Simplemente no lo pensó

03 No le importaba si quedaba embarazada

04 Quería quedar embarazada

05 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos

06 A usted o a su pareja no les gustan los métodos anticonceptivos o sus efectos secundarios

07 No tenía dinero para comprar un método anticonceptivo

08 Tuvo un problema para conseguir un método anticonceptivo cuando lo necesitaba

09 Razones religiosas

10 Interrumpió brevemente el uso de un método anticonceptivo

11 No cree que usted o su pareja puedan tener hijos (infértil o edad avanzada)

12 Tenía las trompas ligadas (esterilización)

13 A su pareja le hicieron una vasectomía (esterilización)

14 Otras razones

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA

99 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Acceso a la Planificación Familiar**

***[CATI NOTE: ASK ACCESS TO FAMILY PLANNING QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

***[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS FEMALE AND GREATER THAN 49 YEARS OF AGE, HAS HAD A HYSTERECTOMY (STFP3 = 13), NEVER HAD CONSENSUAL SEX, OR IF RESPONDENT IS MALE, GO TO THE NEXT MODULE.]***

**STAFP5** ¿El método o los métodos anticonceptivos que está utilizando actualmente para prevenir el embarazo son los métodos que desea utilizar? Diría esta que...

(1155)

**NOTA:** Permita que el encuestado seleccione la opción de respuesta que mejor se adapte a sus circunstancias.

**POR FAVOR LEER:**

1. Sí, mi método actual es el que quiero usar
2. No, prefiero usar una metanfetamina diferente
3. No, actualmente no estoy usando ningún método, pero me gustaría hacer algo para prevenir el embarazo
4. Estoy tratando de quedar embarazada
5. No quiero usar nada para prevenir el embarazo en este momento
6. No tengo riesgo de embarazo (no soy sexualmente activa, mi pareja es del mismo sexo, mi pareja tuvo una vasectomía, tuvo una ligadura de trompas, experimenta infertilidad)

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STAFP6** ¿Cuáles son las razones por las que no está usando su método anticonceptivo

preferido? (Seleccone todas las que correspondan.)

(1156-1183)

**POR FAVOR LEER:**

1. No puedo pagarlo/No tengo seguro
2. Mi seguro no lo cubre
3. Mi médico/clínica no lo ofrece
4. Mi medico lo desaconsejó
5. No se donde puedo conseguirlo
6. Actualmente estoy amamantando
7. No voy a tener sexo
8. Mi socio no quiere que lo use
9. Mi pareja masculina no quiere usar el método
10. Estoy esperando una cita para conseguirlo
11. No me gusta NINGUNO de los métodos que sé que existen actualmente
12. He usado este método en el pasado y no me gusto la forma en que me hizo sentir
13. No confío en la eficacia del método que preferiría usar
14. Otro

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STAFP3** En los últimos 12 meses, cuando vio a un doctor (o otro proveedor de atención médica), ¿tuvo una conversación sobre su deseo de evitar el embarazo o quedar embarazada? Seleccione la respuesta que mejor represente su experiencia más reciente.

(1184)

**LEA SI ES NECESARIO:** Ir al médico puede incluir visitas como un chequeo anual o una condición de salud específica no necesariamente relacionada con la salud reproductiva.

**POR FAVOR LEER:**

1 Sí, lo mencioné con mi proveedor

2 Sí, mi proveedor lo trajo conmigo

3 No

4 No he visto a un doctor en los últimos 12 meses

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STAFP4** La última vez que obtuvó el control de la natalidad, ¿cómo lo pagó?

(1185)

**LEA SOLO SI ES NECESARIO:**

1 Mi seguro cubrió todo el costo

2 Mi seguro cubrió la mayor parte, yo pago una porción

3 Pagué todo esto de mi bolsillo

4 La clínica me ayudó a pagarlo

5 Alguien más (amigo, familia, pareja) me ayudó a pagar por ello

6 Me inscribí en un ensayo clínico para obtenerlo

8 NO SE APLICA, MI MÉTODO NO ME REQUIERE QUE PAGUE NADA

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Violencia Sexual y Violencia de Pareja Íntima– needs Spanish translation once the testing is finished**

***[CATI NOTE: ASK ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22 OF MEN AND WOMEN.]***

**STSV0i** Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre experiencias sexuales no deseadas. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia sexual y puede ayudar a otros en el futuro. Este es un tema delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Al final de esta sección, le daré los números de teléfono de las organizaciones que pueden proporcionar información y referencias para este problema. Tenga en cuenta que sus respuestas son estrictamente confidenciales y puede pedirme que omita cualquier pregunta que no desee responder.

(no col num)

¿Se encuentra en un lugar seguro para responder estas preguntas?

1          SÍ

2          NO  **[GO TO STSVCLOS]**

**STSV5** En los últimos 12 meses, ¿alguien lo ha expuesto a situaciones sexuales no deseadas que no implicaron contacto físico? Los ejemplos incluyen cosas como exhibirse, espiar, acoso sexual, enviar mensajes de texto y mensajes directos en medios sociales como Instagram, Twitter,Snapchat, o hacerle mirar fotos o películas.

(1186)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STSV8]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STSV8]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STSV8]**

**STSV6** Voy a leer una lista de recursos donde algunas personas reciben ayuda cuando han estado en una situación sexual no deseada. Dígame si recibió ayuda de cada uno de los siguientes. ¿Recibio ayuda de . . .?

(1187-1204)

**(LEA LA LISTA DE OPCIONES, HACIENDO UNA PAUSA ENTRE CADA OPCIÓN – SELECCIÓNE TODAS LAS QUE SEAN “SI”.)**

01 Un familiar o amigo **[GO TO STSV8]**

02 Un proveedor de atención médico **[GO TO STSV8]**

03 Un consejero, terapeuta o trabajador social **[GO TO STSV8]**

04 Un consejero religioso o espirtual **[GO TO STSV8]**

05 Policia **[GO TO STSV8]**

06 Un jefe, un compañero de trabajo u otro apoyo relacionado con el trabaja **[GO TO STSV8]**

07 Una línea directa en todo el estado **[GO TO STSV8]**

08 De alguna otra manera **[GO TO STSV8]**

88 NINGUNO **[ASK STSV7]**

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[ASK STSV7]**

99 SE NIEGA A CONTESTAR **[ASK STSV7]**

**STSV7** Voy a leer una lista de razones que impiden que algunas personas reciban ayuda después de haber experimentado una situación sexual no deseada. Para cada una, por favor dígame si fue una razón que le impidió recibir ayuda. Fue porque . . . ?

**(LEA LA LISTA DE OPCIONES, HACIENDO UNA PAUSA ENTRE CADA OPCIÓN – SELECCIÓNE TODAS LAS QUE SEAN “SI”.)**

(1205-1224)

01 No sabias donde conseguir ayuda

02 No tenías dinero para pagar los servicios

03 Tenías miedo de que la persona que le lastimó se enterara

04 Penso que era su culpa que le lastimaran

05 Penso que la situación terminaría o no volvería a suceder

06 No tenía forma de llegar

07 No quería ninguna ayuda

08 No penso que alguien le creería si les dijeras

09 Penso que pondría en riesgo su trabajo o su vivienda

10 Otro

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSV8** En los últimos 12 meses, ¿alguien ha tocado partes intimas de su cuerpo sin su consentimiento?

(1225)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

Ahora le voy a preguntar sobre el sexo no deseado. El sexo no deseado incluye cosas como poner cualquier cosa en la vagina [si es mujer], el ano o la boca, o hacer que le haga estas cosas a ellos después de que ha dicho o demostro que no quería. Incluye ocasiones en las que no pudo dar su consentimiento, por ejemplo, estaba borracho o dormido, o pensó que sería lastimado o castigado si se negaba.

**STSV1** ¿Alguna vez alguien ha tenido relaciones sexuales con usted o ha INTENTADO tener relaciones sexuales con usted después de que usted dijo o demostró que no quería hacerlo o sin su consentimiento?

(1226)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STSVCLOS]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR  **[GO TO STSVCLOS]**

**STSV9** ¿Cuántas de sus parejas románticas o sexuales alguna vez han: tomado decisiones por usted que deberían haber sido suyas, como la ropa que usa, las cosas que come o los amigos que tiene, trato de evitar que viera o hablara con su famila o amigos O le siguió el rastro exigiendo saber dónde estaba y qué estaba haciendo?

(1227-1228)

\_ \_ NÚMERO DE SOCIOS [RANGO=01-76]

88 NUNCA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSV7** Alguna vez una pareja íntima lo empujó, golpeó, bofeteó, pateó, estranguló o lastimó físciamente de alguna otra manera?

(1229)

1 SÍ **[ASK STSV8]**

2 NO **[GO TO STSVCLOS]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STSVCLOS]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STSVCLOS]**

**STSV8** Durante los últimos 12 meses, ¿una pareja íntima lo empujó, golpeó, bofeteó, pateó, estranguló o lastimó físciamente de alguna otra manera?

(1230)

1 Si

2 NO

7 DON’T KNOW / NOT SURE

9 REFUSED

**STSVCLOS** Sabemos que este tema puede traer experiencias pasadas de las que algunas personas dessen hablar. Si usted o alguien que conoce quisiera hablar con un consejero capacitado, llame al (800) 656-4673. Esta es una llamada gratuita. ¿Quieres que reita este número? (no col num)

**NOTA:** Si es así, diga, “1-855-323-3237”.

1 SÍ

2 NO

## **COVID-19**

***[CATI NOTE: ASK COVID-19 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

Las siguientes preguntas son sobre sus experiencias y opiniones sobre COVID-19.

**CVDQ05** ¿Con qué frecuencia usa un cubreboca en público o cuando no es posible el distanciamiento social? Diría usted que...

(1231)

**POR FAVOR LEER:**

1. Siempre
2. Usualmente
3. Algunas veces
4. Casi nunca
5. Nunca

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**CVDQ09** ¿Ha recibido una o más dosis de la vacuna para COVID-19?

(1232)

**POR FAVOR LEE:**

1 Sí **[SKIP TO CVDQ11]**

2 Todavía no, pero tengo la intención de hacerlo

3 No, no tengo la intención **[SKIP TO CVDQ11]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[SKIP TO CVDQ11]**

9 RECHAZADO **[SKIP TO CVDQ11]**

**CVDQ10** ¿Cuál es la principal razón por la que aún no se ha puesto la vacuna COVID-19?

(1233-1234)

**POR FAVOR LEE:**

01 Es difícil tomarme tiempo de mi trabajo u otras responsabilidades.

02 Me preocupan los efectos secundarios o me siento mal después de la vacuna

03 Quiero esperar hasta que se vacunen más personas

04 No sé dónde ni cómo ponerme la vacuna.

05 Simplemente no he tomado el tiempo para conseguir uno todavía

06 No me preocupa tener COVID

07 Otro (ESPECIFIQUE)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 RECHAZADO

**CVDQ11** ¿Su hijo/a ha recibido una o mas dosis de la vacuna COVID-19?

(1235)

***[CATI NOTE: ASK CVDQ11 and CVDQ12 IF C08.15 = 88 OR 99, GO TO CVDQ13]***

**POR FAVOR LEE:**

1 Sí.

2 Todavía no, pero tengo la intención de hacerlo

3 No, no tengo la intencion

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 RECHAZADO

**CVDQ12** ¿Cuál es la razón más importante por la que su hijo aún no ha recibido la vacuna para COVID-19?

(1236-1237)

01 Mi hijo aún no tiene la edad suficiente para ser elegible para la vacuna COVID-19.

02 Es dificil tomar tiempo libre en mi trabajo u otras responsabilidades.

03 Me preocupan los efectos secundarios o si mi hijo se siente mal después de la vacuna

04 Quiero esperar hasta que se vacunen más niños

05 No sé dónde ni cómo vacunar a mi hijo

06 Simplemente no he tenido tiempo para vacunar a mi hijo

07 No me preocupa que mi hijo contraiga COVID

08 Otro (ESPECIFIQUE)

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 RECHAZADO

**CVDQ13** ¿Ha usado una prueba para COVID-19 en casa?

(1238)

**[SÍ LA RESPUESTA ES SÍ: Fue... POR FAVOR LEER]**

1 SÍ - en las ultimas 2 semanas

2 SÍ - en el ultimo mes

3 SÍ - en los ultimos 6 meses

4 SÍ - mas de 6 meses atras

5 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 RECHAZADO

**CVDQ15** ¿Alguno de los resultados que se hizo en casa para COVID-19 has salido positivos?

(1239)

**[SÍ LA RESPUESTA ES SÍ: Fue... POR FAVOR LEER]**

1 SÍ - en las ultimas 2 semanas

2 SÍ - en el ultimo mes

3 SÍ - en los ultimos 6 meses

4 SÍ - mas de 6 meses atras

5 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 RECHAZADO

## **Suicido**

***[CATI NOTE: ASK SUICIDALITY QUESTIONS ON UESTIONNAIRE PATHS 12/22.]***

Le voy a hacer algunas preguntas sobre el suicidio. El suicidio puede ser un tema delicado y nos damos cuenta de que este tema puede generar experiencias de las cuales algunas personas desearían hablar. Si usted o alguien que conoce desea hablar con un consejero capacitado, puede llamar a una línea directa de crisis nacional gratuita. Le daré el número de teléfono de la línea directa al final de esta sección.

**STSUCONE** Durante toda su vida ¿alguna vez considero seriamente intentar suicidarse?

(1240)

1 SÍ

2 NO **[SKIP TO END OF STSUCLOS]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **SKIP TO STSUCLOS**]

9 SE NIEGA A CONTESTAR **SKIP TO STSUCLOS**]

**STSUATTE** Durante toda su vida ¿cuántas veces ha intentado suicidarse?

(1241)

1 0 VECES

2 1 VEZ

3 2 O 3 VECES

4 4 O 5 VECES

5 6 O MÁS VECES

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Seguridad de Armas de Fuego y Suicido**

***CATI NOTE: ASK FIREARM SAFETY QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

Las siguientes preguntas son acerca de la seguridad con las armas de fuego. Algunas personas tienen armas con propósitos recreacionales como la cacería o deportes de tiro. Hay personas que también tienen armas en la casa por protección. Por favor incluya armas de fuego como pistolas, revólveres, escopetas y rifles; pero no las pistolas de balines o las que disparan balas de salva que no son reales. Incluya aquellas que tiene guardadas en el garaje, en un área de almacenamiento al descubierto o en un vehículo automotor.

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:** Estos datos se recopilan únicamente para informar sobre las actividades de prevención del suicidio. El suicidio es la principal causa de muerte por arma de fuego en Utah y el almacenamiento seguro de armas de fuego puede ayudar a prevenir el suicidio.

**FIRES1** ¿Tiene algún arma de fuego guardada actualmente en su casa o alrededor de su casa?

(1242)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STMH1]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STMH1]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STMH1]**

**FIRES5** ¿Hay alguna de estas armas de fuego desbloqueada almacenada cuando no están en uso? Por “desbloqueado” queremos decir que no necesita una llave, combinación o huella digital para acceder al arma o dispararla. No contamos seguridad como bloqueo. Si una persona lleva un arma de fuego o la maneja, es considerada “en uso”. (1243)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STMH1]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STMH1]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STMH1]**

**FIRES6** ¿Alguna de las armas de fuego desbloqueadas se mantienen cargadas cuando no

están en uso?

(1244)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STMH1** Si usted esta experimentando un problema de salud mental, cree que pueda buscar ayuda sin temor a ser juzgado o discriminado¿

(1245)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STMH2** Voy a leer una lista de personas y lugares donde algunas personas buscan ayuda cuando experimentan pensamientos suicidas o tienen problemas emocionales. Para cada una, por favor digame si este sería una persona o un lugar al que acudiría si necesitara ayuda cuando este experimentando pensamientos de suicidio o algún otro tipo de problema emocional. (1246-1265)

**NOTa:** Marque todo lo que corresponda. Pausa entre cada respuesta opción para permitir que los encuestados respondan 'Sí' o 'No.'

**POR FAVOR LEER:**

1. Pareja íntima o cónyuge
2. Amigo/a or companero de trabajo
3. Un miembro de su familia
4. Iglesia o lider de fe
5. Profesional para la salud mental
6. Servicios de crisis (telefono, mensajes de texto, etc.)
7. Médico o proveedor de atencion médica
8. Redes sociales
9. No buscaria ayuda
10. OTRO

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

**STSUCLOS** Si usted o alguien que conoce desea hablar con un consejero capacitado, llame al 1-800-273-8255. Este número es una llamada gratuita. ¿Quiere que le repita este número?

(no col num)

**NOTA:** Si la respuesta es 'Sí,' diga 'Puede llamar al 1-800-273-8255.’

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Genómica del Cancer**

***[CATI NOTE: ASK CANCER GENOMICS QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE 11/21.]***

**CANGEN1** Independientemente de antecedentes familiares positivos o negativos de cancer ¿Qué tan familiarizado está usted con su historia familiar de cáncer entre sus parientes de sangre, incluyendo sus padres, abuelos, hermanos, tías, tíos, y los niños? Diría usted que…

(1266)

**NOTA**: El propósito de la pregunta es para medir la familiaridad / conocimiento de la gente de su historia familiar de cáncer y no para medir si existe o no una historia familiar de cáncer.

**POR FAVOR LEER:**

1 Para nada familiarizado

2 Un poco familiarizado

3 Familiarizado

4 Muy familiarizado

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

La siguiente pregunta se refiere a las conversaciones que pudo haber tenido con un proveedor de atención médica.

**CANGEN2**     Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le preguntó acerca de su historia familiar de cáncer?

(1267)

**NOTA**: Esta pregunta está preguntando si un profesional de la salud ha hablado con usted sobre el cáncer en su familia.

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas genéticas para el riesgo de cáncer. Generalmente las pruebas implican una muestra de sangre o saliva. Las pruebas genéticas para el riesgo de cáncer se realiza con mayor frecuencia en personas que tienen muchos parientes con cáncer y / o han tenido cáncer a una edad temprana.

**CANGEN4** Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le a hablado acerca de las pruebas genéticas para determinar si usted o su familia están en alto riesgo de desarrollar cáncer de mama, ovario, colon o cáncer uterino?

(1268)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

***[CATI NOTE: ASK CANGEN6 OF WOMEN ONLY.]***

Un asesor genético es un profesional de la salud especialmente capacitado para ayudar a alguien a aprender acerca de su riesgo de una condición médica hereditaria. El asesoramiento genético se puede hacer en una oficina o por teléfono.

**CANGEN6** ¿Alguna vez se ha reunido con un asesor en genética para hablar de su riesgo de cáncer de mama y de ovario? Diría usted que…

(1269)

**NOTA:** Si el encuestado le dice que no tienen / bajo riesgo, codifique eso como un ‘3.’

**POR FAVOR LEER:**

1 Si, en la oficina

2 Si, por teléfono

3 No

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Substance Abuse and Chronic Pain**

*[CATI NOTE: ASK SUBSTANCE ABUSE/CHRONIC PAIN QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]*

**STCHRPN1** ¿Sufre algún tipo de dolor crónico, es decir, dolor que se presenta de forma

constante o se agudiza con frecuencia?

(1270)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STCHRPN4]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STCHRPN4]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STCHRPN4]**

**STCHRPN2**  Los opioidess son medicamentos que alivian el dolor. Un proveedor de atención

médica puede recetar algunos opioides como la hidrocodona y la morfina. Otros opioides como la heroína no se pueden recetar. ¿Utiliza medicamentos opioides que le recetó un medico para tartar su dolor crónico?

(1271)

1 SÍ

2 NO **[GO TO STCHRPN4]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STCHRPN4]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STCHRPN4]**

**STCHRPN3**  La última vez que surtió una receta de opioides, ¿utilizó alguno de los

Opioides con más frecuencia o en dosis más altas?

(1272)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STCHRPN4**  En el ultimo año, ¿usó opiodes recetados por un medico pero que NO fueron recetados para usted? Solo queremos saber sobre medicamentos recetados, NO medicamentos que están disponibles sin receta.

(1273)

1 SÍ

2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**

9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

**STCHRPN5**  Piense en la última vez que usó opiodes recetados que no fueron recetados

para usted o que que fue recetado para usted pero para tratar otros sintomas.

¿Cuáles fueron las razones por las que usó el opiode recetado?

(1274-1280)

1. Para aliviar el dolor
2. Para aliviar otros síntomas físicos
3. Para aliviar la ansiedad o la depresión
4. Para divertirse, sentirse bien, drogarse
5. Para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia
6. Para ayudar a conciliar el sueño

8 Otro (especificar)

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Experiencias Adversas en la Infancia**

***[CATI NOTE: ASK ACEs QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATH 11/21.]***

***[INTRO IF BOTH ACES AND PCES ARE BEING ASKED]***

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

Todas las preguntas se refieren a antes de que usted CUMPLIERA 18 AÑOS DE EDAD. Ahora, recuerde la época anterior a que cumpliera los 18 años…

**STACE.01** ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas?

(1281)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.02** ¿Vivió con alguien que tenía problemas con la bebida o que era alcohólico?

(1282)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.03** ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas adquiridas en la calle o que abusaba de medicamentos recetados?

(1283)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.04** ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a cárcel, prisión o a alguna otra instalación correccional?

(1284)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.05** ¿Sus padres estaban separados o divorciados?

(1285)

1 SÍ

2 NO

8 LOS PADRES NO ESTABAN CASADOS

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.06** ¿Con qué frecuencia sus padres u otros adultos en la casa se dieron bofetadas, patadas, puñetazos o golpes? Diría usted que...

(1286)

**POR FAVOR LEER**:

1 Nunca

2 Una vez

3 Más de una vez

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.07** Sin incluir las nalgadas (antes de los 18 años), ¿con qué frecuencia un adulto en su hogar le pegó, golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna otra forma? Diría usted que…

(1287)

**POR FAVOR LEER**:

1 Nunca

2 Una vez

3 Más de una vez

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.08** ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto en su hogar le dijo groserías, le insultó o le humilló? Diría usted que...

(1288)

**POR FAVOR LEER**:

1 Nunca

2 Una vez

3 Más de una vez

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STACE.09** ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto lo/a tocó sexualmente O alguna vez intentó obligarlo/a a tocarlo sexualmente O le obligó a tener relaciones sexuales? Diría usted que...

(1289)

**POR FAVOR LEER**:

1 Nunca

2 Una vez

3 Más de una vez

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

## **Experiencias Protectoras de la Niñez**

***[CATI NOTE: ASK PROTECTIVE CHILDHOOD EXPERIENCES ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]***

**STPCE1**  ¿Con qué frequencia sintió que su familia lo/a apoyaba durante sus momentos dificiles? Diría . . .

(1290)

**POR FAVOR LEE:**

**NOTA:** SI R DICE QUE ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA SÍ O NO, PÍDALE A R QUE RESPONDA SOBRE LA FAMILIA EN GENERAL. SI LA SITUACIÓN FAMILIAR DE R ERA COMPLICADA, DIGA, “A quien consideraba su familia cuando estaba creciendo”.

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPCE2** ¿Con qué frecuencia sintió que podía hablar con su familia sobre sus sentimientos?

Diría . . .

(1291)

**POR FAVOR LEE:**

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPCE3** ¿Durante cuánto tiempo durante su infancia hubo un adulto en su hogar que lo hizo sentir seguro y protegido? Diría …

(1292)

**POR FAVOR LEE:**

1. Nunca
2. Un poco de tiempo
3. Algo de tiempo
4. La mayor parte del tiempo
5. Todo el tiempo

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPCE4** ¿Con qué frecuencia disfrutó de participar en las tradiciones de su comunidad? Diría…

(1293)

**POR FAVOR LEE:**

**NOTE:** SI R PREGUNTA QUÉ QUEREMOS DECIR POR “COMUNIDAD” O “TRADICIONES”, DIGA , “lo que sea que signifique para ti”.

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPCE5** ¿Con qué frecuencia se sintió aceptado/a en su escuela secundaria? Diría…

(1294)

**POR FAVOR LEE:**

**NOTA:** SI R ASISTIÓ A VARIAS ESCUELAS SECUNDARIAS, PÍDALE A R QUE RESPONDA SOBRE LAS ESCUELAS SECUNDARIAS EN GENERAL.

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPCE6 ¿**Con qué frecuencia se sintió apoyado por sus amigos? Diría …

(1295)

**POR FAVOR LEE:**

**NOTA:** SI R DICE QUE ALGUNOS AMIGOS LO HICIERON O NO, PREGUNTE R PARA RESPONDER SOBRE LOS AMIGOS EN GENERAL.

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

**STPCE7** ¿Con qué frecuencia hubo al menos dos adultos, además de sus padres, que se interesaron genuinamente por usted? Diría…

(1296)

**POR FAVOR LEE:**

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

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

(no col num)

**NOTA:** Si la respuesta es 'Sí,' diga ‘Puede llamar al 1-800-422-4453 para obtener información o referencias sobre estos temas.’

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

# **Guion para Pedir Permiso para Volver a Llamar y Preguntar Sobre el Asma**

Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar con más detalle de la experiencia (de usted/de su niño) con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en Utah. La información que nos dio el día de hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial.

Si usted está de acuerdo con esto, mantendremos su nombre o sus iniciales y número de teléfono en un expediente separado de las respuestas que obtuvimos hoy. Aun cuando acepte hoy, usted o otros pueden decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que le llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(609)

1          SÍ

2          NO

¿Por favor, me da su primer nombre, iniciales, o apodo (de usted/de su niño) para saber por quién preguntar cuando volvamos a llamar?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Note el primer nombre, iniciales, o apodo

1. NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

¿Cual hora seria mejor para regresar esta llamada? Tal como, durante las noches, durante los días o durante los fines de semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Selección para Llamada de Seguimiento Sobre el Asma**

Qué persona en el hogar fue seleccionado para volver a llamar para el cuestionario de seguimiento de asma?

(653)

1. ADULTO
2. NIÑO

# **Declaración Final**

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