



Nº Secuencial: \_\_\_\_\_

Pontificia Universidad Católica de Chile  
 Depto. De Salud Pública  
 Depto. De Enfermedades Respiratorias

**CUESTIONARIO PLATINO**  
 - Hoja Frontal -

CONGLOMERADO	CÓDIGO ESTRATO	CÓDIGO COMUNA	VIVIENDA	PERSONA
□ □	□	□ □ □	□ □	□

Domicilio: .....

Tipo de vivienda (casa, depto. otro).....

TELÉFONOS- Domiciliario: ..... Celular: 09-.....

Teléfono para Recados: ..... Teléfono de trabajo: .....

Nombre del contacto: .....

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: .....

VISITA:	FECHA:	ENCUESTADOR(ES):	OBSERVACIONES:
1ª			
2ª			
3ª			
Otras			

**DURACIÓN:** Hora de Inicio: \_\_ : \_\_ Hora de término : \_\_ : \_\_

	REALIZADO: (Si / No)	CÓDIGO DEL INSTRUMENTO:	CUAL(ES) MOTIVO(S):
ESPIROMETRÍA			
ANTROPOMETRÍA			

	FECHA:	NOMBRE:	OBSERVACIONES:
CRÍTICA			
CODIFICACIÓN			
SUPERVISIÓN			
DIGITACIÓN 1			
DIGITACIÓN 2			

**CUESTIONÁRIO PLATINO  
ANTROPOMETRÍA**

**1. ALTURA DEL ENTREVISTADO (1):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ altura 1

**2. ALTURA DEL ENTREVISTADO (2):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ altura 2

**3. PESO DEL ENTREVISTADO (1):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ peso 1

**4. PESO DEL ENTREVISTADO (2):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ peso 2

**5. CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA (1):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ cc 1

**6. CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA (2):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ cc 2

**7. CIRCUNFERENCIA DE CUELLO (1):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ cc 1

**8. CIRCUNFERENCIA DE CUELLO (2):**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ cc 2

**CUESTIONÁRIO PLATINO  
ESPIROMETRIA**

**PREGUNTAS DE EXCLUSIÓN PARA LA  
ESPIROMETRIA**

1. ¿HA TENIDO ALGUNA OPERACIÓN DEL PULMÓN, TÓRAX O ABDOMEN, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

1  sí

2  no

2. ¿HA TENIDO UN ATAQUE CARDÍACO O INFARTO AL CORAZÓN, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES ?

1  sí

2  no

3. ¿HA TENIDO DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA O ALGUNA OPERACIÓN (CIRUGÍA) DE LOS OJOS, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

1  sí

2  no

4. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO POR CUALQUIER OTRO PROBLEMA DEL CORAZÓN, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES ?

1  sí

2  no

5. ¿ESTÁ USANDO MEDICAMENTOS PARA LA TUBERCULOSIS, EN ESTE MOMENTO?

1  sí

2  no

6. ¿ESTÁ EMBARAZADA, EN ESTE MOMENTO?

1  sí

2  no

AHORA NOS GUSTARÍA TOMARLE SU PULSO

**7. PULSO:**

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Pulsaciones por minuto.

*Sí el entrevistado respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores o su pulso fue mayor de 120 latidos por minuto., **NO DEBE HACER LA ESPIROMETRÍA** y marque como respuesta "no aplicable" abajo.*

**(8) NO APLICABLE**

**PREGUNTAS PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS QUE NO TIENEN LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y QUE POR LO TANTO, DEBEN HACER LA ESPIROMETRÍA**

1. ¿TIENE O HA TENIDO UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA (RESFRIO), EN LAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS?

1  sí

2  no

2. ¿USÓ MEDICAMENTO PARA LA RESPIRACIÓN (PARA SUS PULMONES), COMO INHALADORES, PUFF, AEROSOLIOS O NEBULIZACIONES EN LAS ÚLTIMAS TRES HORAS?

1  sí

2  no

3. ¿HA FUMADO CUALQUIER TIPO DE CIGARRILLO (PURO O PIPA), EN LAS ÚLTIMAS DOS HORAS?

1  sí

2  no

¿Cuántos? \_\_\_

4. ¿REALIZÓ ALGUN EJERCICIO FÍSICO FUERTE, COMO GIMNASIA, CAMINATA RÁPIDA O TROTAR, EN LA ÚLTIMA HORA?

1  sí

2  no

**6. (\*) POR FAVOR ANOTE CUALQUER COSA SOBRE LA ESPIROMETRIA REFERENTE A LAS HABILIDADES DEL(LA) ENTREVISTADO (A) PARA REALIZAR ADECUADAMENTE O NO LA PRUEBA (POR EJEMPLO: CIFOESCOLIOSIS, DENTADURA, FALTA DE EXTREMIDADES, ETC).**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENCUESTADORES : \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREVISTA:           /           /                         

d   d     m   m     a   a     a   a

**CUESTIONARIO PLATINO PRINCIPAL**

HORA DE INICIO : \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos.

**1. SEXO DEL(LA) ENTREVISTADO(A):**

- 1  hombre                      2  mujer

**2. ¿CUÁL ES SU RAZA? (lea las opciones para que el entrevistado responda)**

- 1  blanca                              4  mestiza  
 2  negra                              5  indígena  
 3  amarilla

**3. ¿CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?**

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 d d / m m / a a a a

**4. ¿CUÁNTOS AÑOS COMPLETOS DE ESTUDIO TIENE USTED?**

\_\_ años

**5. ¿HASTA QUE CURSO (COMPLETO) LLEGÓ UD. EN LA ESCUELA, UNIVERSIDAD.....?**

- 1  Básica, Preparatoria  
 2  Media, Humanidades  
 3  Técnico Profesional  
 4  Universitaria, Licenciatura, especialidad, Maestría/ doctorado  
 5  Ninguno  
 6  No sabe

**6. ¿HASTA QUE CURSO (COMPLETO) LLEGÓ SU PADRE EN LA ESCUELA, UNIVERSIDAD..?**

- 1  Básica, Preparatoria  
 2  Media Humanidades  
 3  Técnico Profesional  
 4  Universitaria, Licenciatura, Especialidad, Maestría, Doctorado.  
 5  Ninguno  
 6  No sabe

**SÍNTOMAS Y ENFERMEDADES**

**RESPIRATORIAS**

AHORA VOY A HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU RESPIRACIÓN Y SUS PULMONES. RESPONDA SI O NO. SI TIENE DUDA, RESPONDA NO.

**Tos**

**7. ¿TIENE UD. HABITUALMENTE TOS SIN QUE ESTÉ RESFRIADO(A)?**

- 1  si                                      2  no

[Si es "si", haga la pregunta 7A; si es "no", pase a la pregunta 8]

**7A. ¿HAY MESES EN LOS QUE UD. TOSE LA MAYORÍA DE LOS DÍAS O CASI TODOS LOS DÍAS?**

- 1  si                                      2  no

[Si es "si", haga la pregunta 7B y 7C; si es "no", pase a la pregunta 8]

**7B. ¿TOSE UD. LA MAYORÍA DE LOS DÍAS, POR LOS MENOS DURANTE TRES MESES AL AÑO?**

- 1  si                                      2  no

**7C. ¿HACE CUÁNTOS AÑOS UD. TIENE ESA TOS?**

- 1  menos de 2 años  
 2  de 2 a 5 años  
 3  más de 5 años

**Flemas**

**8. ¿TIENE UD. HABITUALMENTE FLEMAS (EXPECTORACIÓN, DESGARRO, POLLOS) QUE VENGAN DE SU PULMÓN O DE LOS BRONQUIOS, O FLEMAS DIFÍCILES DE SACAR SIN QUE ESTÉ RESFRIADO(A)?**

- 1  si                                      2  no

[Si es "si", continúe con la pregunta 8A; si es "no", pase a la pregunta 9]

**8A. ¿HAY MESES EN LOS QUE UD. TIENE FLEMAS LA MAYORÍA DE LOS DÍAS O CASI TODOS LOS DÍAS?**

- 1  si                                      2  no

[Si es "si", continúe con las preguntas 8B y 8C; si es "no", pase a la pregunta 9]

8B. ¿TIENE UD. ESAS FLEMAS LA MAYORÍA DE LOS DÍAS POR LO MENOS DURANTE TRES MESES AL AÑO?

1  si                      2  no

8C. ¿HACE CUÁNTOS AÑOS QUE TIENE UD. ESAS FLEMAS?

- 1  menos de 2 años  
2  2 a 5 años  
3  más de 5 años

**Silbido en el pecho/ pitos/ sibilancias**

9. ¿HA TENIDO UD. ALGUNA VEZ SILBIDOS, PITOS O SIBILANCIAS EN EL PECHO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1  si                      2  no

*[Si es "si", continúe con las preguntas 9A y 9B; si es "no", pase a la pregunta 10]*

9A. ¿LOS SILBIDOS, PITOS O SIBILANCIAS EN EL PECHO, LOS TIENE UD. SOLAMENTE CUANDO ESTUVO RESFRIADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1  si                      2  no

9B. ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UN ATAQUE (CRISIS) DE SILBIDOS, PITOS O SIBILANCIAS EN EL PECHO CON SENSACIÓN DE AHOGO O FALTA DE AIRE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1  si                      2  no

**Falta de aire**

10. ¿TIENE UD. ALGUNA INCAPACIDAD PARA CAMINAR, QUE NO SEA POR UNA CAUSA DE ENFERMEDAD DEL PULMÓN O DEL CORAZÓN?

1  si                      2  no

*[Si es "si", pregunte y anote el problema(s) y luego pase a la pregunta 12; si es "no", pase a la pregunta 11]*

¿QUÉ PROBLEMA(S): .....

.....

.....

.....

11. ¿HA SENTIDO UD. AHOGO O FALTA DE AIRE CUANDO CAMINA APURADO O EN UNA PEQUEÑA SUBIDA?

1  si                      2  no

*[Si la respuesta es "si" pase a la pregunta 12]*

*Instrucciones para las preguntas desde la 11A hasta la 11D.*

*Cuando la respuesta a cualquiera de estas preguntas es "no", se continúa con la siguiente pregunta. Cuando la respuesta a alguna de ellas sea "si", entonces se pasa inmediatamente a la pregunta 12]*

11A. ¿TIENE UD. QUE CAMINAR MAS LENTO QUE PERSONAS DE SU EDAD EN UN CAMINO PLANO DEBIDO A FALTA DE AIRE O AHOGO?

1  si                      2  no

11B. ¿TIENE UD. QUE DETENERSE A TOMAR AIRE CUANDO CAMINA POR UN CAMINO PLANO A SU PASO NORMAL

1  si                      2  no

11C. ¿TIENE UD. QUE DETENERSE A TOMAR AIRE CUANDO CAMINA POR UN CAMINO PLANO DESPUÉS DE ANDAR UNOS 100 METROS, UNA CUADRA O ALGUNOS MINUTOS?

1  si                      2  no

11D. ¿SU FALTA DE AIRE ES TAN FUERTE QUE NO LO DEJA SALIR DE SU CASA O NO LO DEJA CAMBIARSE DE ROPA?

1  si                      2  no

12. ¿ALGÚN MÉDICO LE HA DICHO A UD. QUE TIENE ENFISEMA PULMONAR?.

1  si                      2  no

13. ¿ALGUNA VEZ UN MÉDICO LE HA DICHO A UD. QUE TIENE ASMA, BRONQUITIS ASMÁTICA, BRONQUITIS OBSTRUCTIVA O BRONQUITIS ALÉRGICA?

1  si                      2  no

*[Si es "si", siga con la pregunta 13A; si es "no", pase a la pregunta 14]*

**13A. ACTUALMENTE, ¿TIENE UD. AÚN ASMA, BRONQUITIS ASMÁTICA, BRONQUITIS ALÉRGICA O BRONQUITIS OBSTRUCTIVA?**

1  si

2  no

**14. ¿LE HA DICHO ALGUNA VEZ UN MÉDICO QUE UD. TIENE BRONQUITIS CRÓNICA?**

1  si

2  no

*[Si es "si", haga la pregunta 14A; si es "no", pase a la pregunta 15]*

**14A. ACTUALMENTE ¿TIENE UD. TODAVÍA BRONQUITIS CRÓNICA?**

1  si

2  no

**15. ¿LE HA DICHO ALGUNA VEZ UN MÉDICO QUE UD. TIENE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)?**

1  si

2  no

**TRATAMIENTO**

*AHORA LE VOY A PREGUNTAR ACERCA DE LOS REMEDIOS QUE UD. PUDIERA ESTAR TOMANDO PARA AYUDAR A SU RESPIRACIÓN O A SUS PULMONES. ME GUSTARÍA SABER SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE UD TOMA DE FORMA REGULAR (SIEMPRE) Y TAMBIÉN LOS QUE USA SOLAMENTE CUANDO SE SIENTE MAL..*

*ME GUSTARÍA QUE ME DIJERA SOBRE CADA MEDICAMENTO QUE TOMA UD., DE QUÉ FORMA LO TOMA Y LA FRECUENCIA CON QUE LOS TOMA.*

**16. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿TOMÓ UD. ALGÚN REMEDIO PARA SUS PULMONES, BRONQUIOS, RESPIRACIÓN?.**

1  si

2  no

*[Si la respuesta a la pregunta 16 fue "no" pase a la pregunta 17, si fue si, pase a la 16A]*

16A. NOMBRE DEL MEDICAMENTO					
16B. CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	_____	_____	_____	_____	_____
16C. PRESENTACIÓN	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra
16D. ¿TOMA UD. ESE MEDICAMENTO: LA MAYORÍA DE LOS DÍAS, SOLAMENTE CUANDO SIENTE ALGÚN SÍNTOMA O MOLESTIA, O EN AMBAS OCASIONES (SIEMPRE)?	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es "la mayoría de los días" pregunte solamente la 16E; si es 'síntomas' o 'ambos' preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es "la mayoría de los días" pregunte solamente la 16E; si es 'síntomas' o 'ambos' preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es "la mayoría de los días" pregunte solamente la 16E; si es 'síntomas' o 'ambos' preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es "la mayoría de los días" pregunte solamente la 16E; si es 'síntomas' o 'ambos' preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es "la mayoría de los días" pregunte solamente la 16E; si es 'síntomas' o 'ambos' preguntar la 16E y la 16F]</i>
16E. CUÁNDO USA ESE MEDICAMENTO ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA LO TOMA?.	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días
16F. CUÁNDO USÓ ESE MEDICAMENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿DURANTE CUÁNTOS MESES ESTUVO TOMÁNDOLO?	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses



16A. NOMBRE DEL MEDICAMENTO					
16B. CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	_____	_____	_____	_____	_____
16C. PRESENTACIÓN	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> Inhaladores/puf 3 <input type="checkbox"/> nebulizaciones 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra
16D. ¿TOMA UD. ESE MEDICAMENTO: LA MAYORÍA DE LOS DÍAS, SOLAMENTE CUANDO SIENTE ALGÚN SÍNTOMA O MOLESTIA, O EN AMBAS OCASIONES (SIEMPRE)?	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es “la mayoría de los días” pregunte solamente la 16E; si es ‘síntomas’ o ‘ambos’ preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es “la mayoría de los días” pregunte solamente la 16E; si es ‘síntomas’ o ‘ambos’ preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es “la mayoría de los días” pregunte solamente la 16E; si es ‘síntomas’ o ‘ambos’ preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es “la mayoría de los días” pregunte solamente la 16E; si es ‘síntomas’ o ‘ambos’ preguntar la 16E y la 16F]</i>	1 <input type="checkbox"/> la mayoría de los días 2 <input type="checkbox"/> síntomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (siempre)  <i>[Si la respuesta es “la mayoría de los días” pregunte solamente la 16E; si es ‘síntomas’ o ‘ambos’ preguntar la 16E y la 16F]</i>
16E. CUÁNDO USA ESE MEDICAMENTO ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA LO TOMA?.	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días
16F. CUÁNDO USÓ ESE MEDICAMENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿DURANTE CUÁNTOS MESES ESTUVO TOMÁNDOLO?	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses	1 <input type="checkbox"/> 0-3 meses 2 <input type="checkbox"/> 4-6 meses 3 <input type="checkbox"/> 7-9 meses 4 <input type="checkbox"/> 10-12 meses

17. DÍGAME SOBRE CUALQUIER OTRA COSA QUE NO HAYA MENCIONADO ANTES Y QUE ESTÉ UTILIZANDO O HACIENDO PARA AYUDAR A SU RESPIRACIÓN O A SUS PULMONES. POR EJEMPLO: HOMEOPATÍA, EJERCICIOS PARA LA RESPIRACIÓN, KINESITERAPIA, NATACIÓN, ACUPUNTURA, MASAJES, ALGÚN TIPO DE COMIDA ESPECIAL, ETC (considere los últimos 12 meses).

Señale que cosa es indicada por entrevistado	Código

18. ¿ALGUNA VEZ, UN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE HA HECHO SOPLAR A TRAVÉS DE UN APARATO O MÁQUINA PARA MEDIR EL FUNCIONAMIENTO DE SUS PULMONES (ESPIRÓMETRÍA, FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO O PEF)

1  sí                              2  no

[Si es "sí", haga la pregunta 18A; si es "no", pase a la pregunta 19]

18A. ¿LE HAN REALIZADO ESTAS MEDICIONES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1  sí                              2  no

19. ¿HA TENIDO UD. PERÍODOS EN QUE SUS PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS HAYAN SIDO TAN INTENSOS QUE IMPIDIERON SUS ACTIVIDADES DIARIAS O LO HICIERON FALTAR AL TRABAJO?

1  sí                              2  no

[Si es "sí", haga la pregunta 19A; si es "no", pase a la pregunta 20]

19A. ¿CUÁNTAS VECES LE PASÓ ESTO LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

\_\_\_\_\_ veces

[Si la 19A es > 0 continúe con la pregunta 19B; si la 19A es = 0 entonces pase a la pregunta 20.

Nº Secuencial: \_\_\_\_\_

19B. ¿EN CUÁNTAS DE ESAS OCASIONES VISITÓ UD. AL MÉDICO, CONSULTORIO, SERVICIO DE URGENCIA, LLAMAR A HELP/U.CORONARIA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

\_\_\_\_\_ veces

[Aunque sea 0 veces haga la pregunta 19C]

19C. ¿CUÁNTAS VECES HA ESTADO HOSPITALIZADO A CAUSA DE ESTE PROBLEMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

\_\_\_\_\_ veces

[Si la 19C es > 0 pase a la pregunta 19C1; si la 19C es = 0 pase a la pregunta 20]

19C1. ¿CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL ESTUVO UD. HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR ESTE PROBLEMA DEL PULMÓN?

\_\_\_\_\_ días

### TABAQUISMO

AHORA LE VOY A PREGUNTAR SOBRE EL CONSUMO DE TABACO. PRIMERO, LE VOY A PREGUNTAR SOBRE CIGARRILLOS.

20. ACTUALMENTE ¿FUMA UD. CIGARRILLOS INDUSTRIALIZADOS O HECHOS A MANO?

1  sí                              2  no

[“Actualmente” significa cualquier cantidad de cigarrillos en los últimos 30 días. Si es “no” pase a la pregunta 21; si es “sí” continúe con las preguntas desde la 20A hasta la 20E]

20A. ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA UD. AL DÍA?

\_\_\_\_\_ cigarrillos/ día

20B. ¿QUÉ TIPO DE CIGARRILLOS FUMA UD. MÁS: COMPRADO (MANUFACTURADO) O HECHOS A MANO?

1  comprado                      2  hecho a mano

20C. ¿QUÉ EDAD TENÍA UD. CUANDO EMPEZÓ A FUMAR REGULARMENTE?

\_\_\_\_\_ años

[“regularmente” significa por lo menos 1 cigarrillo al mes

20D. EN PROMEDIO, EN TODO EL TIEMPO QUE UD. LLEVA FUMANDO, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?

\_\_\_\_\_ cigarrillos/ día

20E. EN PROMEDIO, DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE CIGARRILLOS, ¿CUÁL ES EL QUE UD. HA FUMADO CON MÁS FRECUENCIA? (Consigne una sola respuesta).

- 1  manufacturado con filtro
- 2  manufacturado sin filtro
- 3  hecho a mano con papel
- 4  hecho a mano con hojas
- 5  otro. ESPECIFIQUE: .....

( Si el entrevistado no es un fumador actual pase a la pregunta 21; si es un fumador actual pase a la pregunta 22)

21. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA FUMADO UD. CIGARRILLOS?

- 1  si
- 2  no

Si el entrevistado fumó menos de 20 cajetillas en toda su vida o menos de 1 cigarrillo al día en un año, entonces codifique como “no”.

[Si es “si”, haga las preguntas 21A hasta la 21D; si es “no”, pase a la pregunta 22]

21A. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO EMPEZÓ A FUMAR REGULARMENTE?

\_\_\_\_\_ años

[“regularmente” significa por lo menos 1 cigarro al mes]

21B. ¿QUÉ EDAD TENÍA UD. CUANDO DEJÓ DE FUMAR CIGARRILLOS?

\_\_\_\_\_ años

21C. EN PROMEDIO, DURANTE EL TIEMPO QUE UD. FUMÓ ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMABA AL DÍA?

\_\_\_\_\_ cigarrillos/ día

Nº Secuencial: \_\_\_\_\_

21D. EN PROMEDIO, DURANTE TODO EL TIEMPO QUE UD. FUMÓ, ¿EL TIPO DE CIGARRILLO QUE MÁS FUMABA FUE:

- 1  manufacturado con filtro
- 2  manufacturado sin filtro
- 3  hecho a mano con papel
- 4  hecho a mano con hojas
- 5  otro. ESPECIFIQUE: .....

22. ¿ACTUALMENTE FUMA UD. PIPA O PURO?

- 1  si
- 2  no

“Actualmente” significa 50 o más encendidas de pipas y/o puro en los últimos 30 días.

[Si es “si”, pase a la pregunta 23; si es “no”, pase a la pregunta 22A]

22A. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA, FUMÓ UD. PIPA O PURO?

- 1  si
- 2  no

[Si el entrevistado nunca fumó (es decir, respondió “no” a las preguntas 20, 21, 22 y 22A), entonces pase a la pregunta 26]

[Si el entrevistado alguna vez fumó (es decir, respondió “si” a cualquiera de las preguntas desde la 20 hasta la 22A), siga con la pregunta 23]

23. ¿LE HA ACONSEJADO UN MÉDICO O ALGÚN PROFESIONAL DE SALUD ALGUNA VEZ DEJAR DE FUMAR?

- 1  si
- 2  no

[Si la respuesta es “si”, haga la pregunta 23A si el entrevistado es un fumador actual. Si es “si” y el entrevistado es un ex -fumador, haga la pregunta 23B. Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 24.

23A. ¿ ¿LE HA ACONSEJADO UN MÉDICO O ALGÚN PROFESIONAL DE SALUD DEJAR DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- 1  si
- 2  no

**23B. ¿HA UTILIZADO ALGUNA VEZ ALGÚN TRATAMIENTO QUE LE HAYA RECETADO UN MÉDICO PARA AYUDARLO A DEJAR DE FUMAR?**

1  si2  no

*[Si es "sí", haga la pregunta 23B1 y después la pregunta 24; si es "no", pase a la pregunta 24]*

**23B1. ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZÓ UD. PARA DEJAR DE FUMAR?**

1  Sustitución con nicotina (chicle, parche, inhalador o spray nasal)2  Bupropion (wellbutrin)3  otros, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**24. ¿ALGUNA VEZ HA UTILIZADO ALGO NO RECETADO PARA DEJAR DE FUMAR?**

1  si2  no

**25. ¿ALGUNA VEZ UTILIZÓ O HIZO UD. CUALQUIER OTRA COSA PARA DEJAR DE FUMAR?**

1  si2  no

*[Si es "sí" haga la pregunta 25A; en caso contrario pase a la pregunta 26]*

**25A. ¿QUÉ FUE LO QUE HIZO UD.?**

1  hipnosis2  acupuntura3  otros (láser, etc)

### **EXPOSICIÓN LABORAL**

**26. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA TRABAJÓ POR UNO O MÁS AÑOS EN UN TRABAJO EN EL QUE HUBIERA PARTÍCULAS Y/O HUMO EN EL AMBIENTE?**

1  si2  no

*[Si es "sí" haga la pregunta 26A; en caso contrario pase a la pregunta 27]*

**26A. ¿DURANTE CUÁNTOS AÑOS TRABAJÓ UD. EN LUGARES ASÍ?**

\_\_\_\_ años      \_\_\_\_ meses

### **OTRAS ENFERMEDADES**

**27. ¿LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO O PERSONAL DE SALUD QUE UD. TIENE O HA TENIDO:**

**27A. ¿ENFERMEDADES DEL CORAZÓN?**

1  si2  no

**27B. ¿HIPERTENSIÓN ARTERIAL (PRESIÓN ALTA)?**

1  si2  no

**27C. ¿AZÚCAR EN LA SANGRE (DIABETES)?**

1  si2  no

**27D. ¿CÁNCER DE PULMÓN?**

1  si2  no

**27E. ¿ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (DERRAME, TROMBOSIS, ISQUEMIA)?**

1  si2  no

**27F. ¿TUBERCULOSIS PULMONAR (COMPLEJO PRIMARIO O SOMBRA AL PULMON)?**

1  si2  no

*[Si la 27F es "sí" entonces haga la pregunta 27F1; en caso contrario pase a la pregunta 27G]*

**27F1. ¿ESTÁ UD. TOMANDO REMEDIOS PARA LA TUBERCULOSIS AHORA?**

1  si2  no

*[Si la 27F1 es "no" haga la pregunta 27F2; en caso contrario pase a la pregunta 27G]*

**27F2. ¿ALGUNA VEZ TOMÓ UD. REMEDIOS PARA LA TUBERCULOSIS?**

1  si2  no

**27G. ¿GASTRITIS O ÚLCERA?**

1  si2  no





**40B. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, UD. NO TRABAJÓ O DEJÓ DE TRABAJAR PORQUE TODO EL TIEMPO TRABAJA EN CASA O CUIDA DE ALGUIEN?**

1  si                                  2  no

*[Si es "sí" continúe con la pregunta 40C; si es "no" pase a la pregunta 45]*

**40C. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SUS PROBLEMAS DE SALUD LE IMPIDIERON REALIZAR SUS TAREAS DOMÉSTICAS O CUIDAR DE ALGUIEN?**

1  si                                  2  no

*[Si es "sí" continúe con las preguntas 40D y 40E; si es "no" pase a la pregunta 45]*

**40D ¿DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE TRABAJAR EN CASA O CUIDAR DE ALGUIEN, DEBIDO A PROBLEMAS DE SALUD?**

\_\_\_\_\_ días

**40E. ¿ DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE TRABAJAR EN CASA O CUIDAR DE ALGUIEN, DEBIDO A SUS PROBLEMAS PULMONARES?**

\_\_\_\_\_ días

*[Si la respuesta a las preguntas 40B y 40C es "sí", pase a la pregunta 45]*

**41. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS MESES TUVO UD. UN TRABAJO POR EL QUE RECIBIÓ UN INGRESO?**

\_\_\_\_\_ meses

**42. ¿DURANTE LOS MESES EN QUE UD. TRABAJÓ, CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA TUVO UN TRABAJO CON INGRESOS?**

\_\_\_\_\_ días

**43. ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA DEDICA UD. AL TRABAJO POR EL QUE RECIBE UN INGRESO?**

\_\_\_\_\_ horas

**44. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ SUS PROBLEMAS DE SALUD LE IMPIDIERON TENER UN TRABAJO POR EL QUE RECIBIERA DINERO?**

1  si                                  2  no

*[Si es "sí " continúe con las preguntas 44A Y 44B; si es "no" pase a la pregunta 45]*

**44A. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE TENER UN TRABAJO REMUNERADO A CAUSA DE SUS PROBLEMAS DE SALUD?**

\_\_\_\_\_ días

**44B. DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿ CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE TRABAJAR DEBIDO A PROBLEMAS PULMONARES?**

\_\_\_\_\_ días

**ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO**

*LAS SIGUIENTES PREGUNTAS INDAGAN SOBRE EL TIEMPO QUE UD. PASÓ EN CAMA O FALTANDO A SUS ACTIVIDADES NORMALES (IR DE COMPRAS, VISITAR AMIGOS O PARIENTES; IR A LA IGLESIA, PLAZAS; BAILAR, JUGAR CARTAS, ETC), POR UNA ENFERMEDAD.*

**45. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿DEJÓ UD. DE REALIZAR ACTIVIDADES DE PASEO O ESPARCIMIENTO POR PROBLEMAS DE SALUD?**

1  si                                  2  no

*[Si es "sí" continúe con las preguntas 45A y 45B, si es "no" pase a la pregunta 46]*

45A. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUANTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE PARTICIPAR EN ESTAS ACTIVIDADES DEBIDO A PROBLEMAS DE SALUD?

\_\_\_\_\_ días

45B. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUANTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE HACER ESTAS ACTIVIDADES POR PROBLEMAS PULMONARES?

\_\_\_\_\_ días

**CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA**

46. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HAN UTILIZADO EN SU CASA CARBÓN PARA COCINAR, POR MÁS DE 6 MESES?

1  si

2  no

*[Si es "si" a la pregunta 46 siga con las preguntas desde la 46A hasta la 46D; en caso contrario, pase a la pregunta 47]*

46A. ¿DURANTE CUÁNTOS AÑOS UTILIZARON CARBÓN PARA COCINAR EN SU CASA?

\_\_\_\_\_ años

46B. ¿CUÁNTAS HORAS EN PROMEDIO AL DÍA SE QUEDABA UD. CERCA DEL FUEGO CON CARBÓN?

\_\_\_\_\_ horas

46C. ¿ACTUALMENTE UTILIZAN CARBÓN PARA COCINAR EN SU CASA?

1  si

2  no

46D. EL FUEGO A CARBÓN, ¿TIENE O TENÍA CAÑÓN O TUBO DE VENTILACIÓN PARA LA SALIDA DEL HUMO?

1  si

2  no

Nº Secuencial: \_\_\_\_\_

47. ¿ALGUNA VEZ EN SU CASA HAN UTILIZADO PARA COCINAR MADERA O LEÑA, POR MÁS DE 6 MESES?

1  si

2  no

*[Si es "si" a la pregunta 47 siga con las preguntas desde la 47A hasta la 47D; en caso contrario, pase a la pregunta 48]*

47A. ¿DURANTE CUÁNTOS AÑOS EN TOTAL?

\_\_\_\_\_ años

47B. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA SE QUEDABA UD. CERCA DE ESE FUEGO?

\_\_\_\_\_ horas

47C. ¿AÚN UTILIZA FUEGO CON MADERA, O LEÑA,

1  si

2  no

47D. TIENE O TENÍA CAÑÓN O TUBO DE VENTILACIÓN PARA LA SALIDA DEL HUMO?

1  si

2  no

48. ¿HAN UTILIZADO, EN SU CASA CARBÓN COMO CALEFACCIÓN POR MÁS DE 6 MESES?

1  si

2  no

*[Si es "si" a la pregunta 48 siga con las preguntas desde la 48A hasta la 48C; en caso contrario, pase a la pregunta 49]*

48A. ¿CUÁNTOS AÑOS HAN USADO CARBÓN PARA CALEFACCIONAR SU CASA?

\_\_\_\_\_ años



**48B. ¿AÚN UTILIZAN CARBÓN PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

1  si

2  no

**48C. ¿CUÁNTOS DÍAS EN PROMEDIO AL AÑO SE QUEDABA UD. CERCA DE ESE FUEGO A CARBÓN?**

\_\_\_\_ días

**49. ¿EN SU CASA, UTILIZARON, MADERA O LEÑA, PARA CALEFACCIONARLA POR MÁS DE 6 MESES EN TODA SU VIDA,?**

1  si

2  no

*[Si es "sí" a la pregunta 49 siga con las preguntas desde la 49A hasta la 49C; en caso contrario, pase a la pregunta la S1)*

**49A. ¿CUÁNTOS AÑOS UTILIZARON MADERA O LEÑA, PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

\_\_\_\_ años

**49B. ¿ACTUALMENTE UTILIZAN MADERA, O LEÑA, PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

1  si

2  no

**49C. ¿CUÁNTOS DÍAS EN PROMEDIO AL AÑO SE QUEDABA UD. CERCA DE ESA ESTUFA A MADERA O LEÑA.?**

\_\_\_\_ días

Nº Secuencial: \_\_\_\_\_

**S1. ¿HA UTILIZADO ESTUFA A PARAFINA (KEROSENE) POR MÁS DE 6 MESES, EN SU VIDA PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

1  si

2  no

*[Si es "sí" a la pregunta S1 siga con las preguntas desde la S1A hasta la S1D; en caso contrario, pase a la pregunta S2]*

**S1A. ¿DURANTE CUÁNTOS AÑOS UTILIZARON ESTUFA A PARAFINA (KEROSENE), PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

\_\_\_\_\_ años

**S1B. ¿ACTUALMENTE UTILIZAN ESTUFA A PARAFINA (KEROSENE), PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

1  si

2  no

**S1C. ¿CUÁNTOS DÍAS EN PROMEDIO AL AÑO SE QUEDABA UD. CERCA DE ESA ESTUFA A PARAFINA (KEROSENE)?**

\_\_\_\_\_ días

**S1D. ¿TIENE O TENÍA CAÑÓN DE SALIDA PARA EL HUMO?**

1  si

2  no

**S2. ¿HA UTILIZADO ESTUFA A GAS POR MÁS DE 6 MESES PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

1  si

2  no

*[Si es "sí" a la pregunta S2 siga con las preguntas desde la S2A hasta la S2C; en caso contrario, pase a la pregunta S3]*

**S2A. ¿DURANTE CUÁNTOS AÑOS EN TODA SU VIDA UTILIZARON ESTUFA A GAS PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

\_\_\_\_\_ años

**S2B. ¿ACTUALMENTE UTILIZAN ESTUFA A GAS PARA CALEFACCIONAR SU CASA?**

1  si

2  no

**S2C. ¿CUÁNTOS DÍAS EN PROMEDIO AL AÑO SE QUEDABA UD. CERCA DE ESA ESTUFA?**

\_\_\_\_\_ días



**S16. ¿EN LA ACTUALIDAD USA USTED OXÍGENO EN SU CASA COMO TRATAMIENTO?**

1  si

2  no

Si es "si", haga la pregunta S16A y S16B; si es "no", pase a la pregunta S17

**S16A ¿CÚANTAS HORAS AL DÍA USA EL OXÍGENO?**

\_\_\_\_\_ Horas.

**S16B. ¿USTED PAGA EL OXÍGENO O SE LO PROPORCIONA UNA INSTITUCIÓN?**

1  Lo paga

2  Se lo dan

(Si contestó que "si" en la pregunta 27B del cuestionario platino haga la pregunta S17; en caso contrario, pase a la pregunta S18)

**S17 ¿TOMA ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO PARA CONTROLAR SU PRESIÓN ARTERIAL?**

1  si

2  no

¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**S18.¿HASTA QUE CURSO (COMPLETO) LLEGÓ SU MADRE EN LA ESCUELA, UNIVERSIDAD?**

1  Básica, Preparatoria

2  Media Humanidades

3  Técnico Profesional

4  Universitaria, Licenciatura Especialidad, Maestría, doctorado.

5  Ninguno

6  No sabe

ENTREVISTADORES: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ENTREVISTA:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
d d / m m / a a a a

HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA:

\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

**CUESTIONARIO PLATINO  
RECHAZOS/ INFORMACIÓN MÍNIMA**

CONGLOMERADO	CÓDIGO ESTRATA	CÓDIGO COMUNA	VIVIENDA	PERSONA
□ □	□	□ □ □	□ □	□

**(8) NO APLICABLE**

**Variables demográficas**

**1. SEXO**

1  hombre                      2  mujer

**2. FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
d d    m m    a a a a

**Síntomas y enfermedades respiratorias**

**3. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA EL MÉDICO LE HA DICHO QUE UD. TIENE ENFISEMA, ASMA, BRONQUITIS ASMÁTICA, BRONQUITIS OBSTRUCTIVA, BRONQUITIS CRÓNICA O ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)?**

1  si                                      2  no

**Enfermedades adicionales**

**4. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA ALGÚN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE HA DICHO QUE UD. TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN, PRESIÓN ALTA, DIABETES, CÁNCER DE PULMÓN, EMBOLIA O DERRAME CEREBRAL, O TUBERCULOSIS?**

1  si                                      2  no

**Tabaquismo**

AHORA LE VOY A PREGUNTAR SOBRE EL CONSUMO DE TABACO

**5. ¿ACTUALMENTE FUMA UD. CIGARRILLOS?**

1  si                                      2  no

*[Si es "si", haga la pregunta 5A; si es "no", pase a la pregunta 6]*

**5A. ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA UD. AL DÍA?**

\_\_\_\_\_ cigarrillos / día

**6. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA FUMADO UD. CIGARRILLOS?**

1  si                                      2  no

ENTREVISTADORES: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREVISTA: \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
d d    m m    a a a a