



CUESTIONARIO PLATINO
- Hoja Frontal -

MAPA:	MANZANA:	LADO DE LA MANZANA:	DOMICILIO:
□□□□	□□	□	□□
DIRECCIÓN: Calle/Av..... No. Ext. No Int..... Inf. Compl: Edif..... Otro..... TELÉFONOS– Domiciliario: Celular: Recados: Contacto:			

NOMBRE DEL ENTREVISTADO:

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

DURACIÓN: Inicio: ____ : ____ - Fin: ____ ____

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

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

**CUESTIONARIO PLATINO
RECHAZOS/ INFORMACIÓN MÍNIMA**

MUNICIPIO / DELEGACIÓN:	COLONIA:	SEGMENTO:	MANZANA:	LADO DE LA MANZANA:	DOMICILIO:	ENTREVISTA:
□□□□□	□□	□□□□	□□	□□	□□	□□

(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 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. CIGARROS INDUSTRIALIZADOS O HECHOS A MANO?

1 si 2 no

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

5A. ¿CUÁNTOS CIGARROS FUMA UD. AL DÍA?

_____ cigarros/día

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

1 si 2 no

ENTREVISTADORES: _____

FECHA DE ENTREVISTA: ___ / ___ / _____
d d m m a a a a

**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

ENTREVISTADORES: _____

FECHA DE ENTREVISTA: ____ / ____ / ____
 d d m m a a a a

CUESTIONÁRIO PLATINO ESPIROMETRIA

**PREGUNTAS DE EXCLUSIÓN PARA LA
ESPIROMETRIA**

1. ¿TUVO USTED ALGUNA CIRUGÍA (OPERACIÓN) EN SU PULMÓN, EN SU TÓRAX O EN SU ABDOMEN, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

1 sí 2 no

2. ¿TUVO UN ATAQUE CARDIACO O INFARTO AL CORAZÓN, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES ?

1 sí 2 no

3. ¿TUVO DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA O UNA OPERACIÓN (CIRUGIA) DE LOS OJOS, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

1 sí 2 no

4. ¿ESTUVO 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 CONTAR SU PULSO

7. PULSO:
____ bpm

*Sí el entrevistado respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores o su pulso fue mayor de 120 bpm, entonces **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. ¿TUVO UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA (RESFRIADO), EN LAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS?

1 sí 2 no

2. ¿USÓ CUALQUIER REMEDIO O MEDICAMENTO PARA LA RESPIRACIÓN (PARA LOS PULMONES), COMO AEROSOLES, SPRAYS INHALADOS O NEBULIZACIONES, EN LAS ÚLTIMAS 3 HORAS?

1 sí 2 no

3. ¿FUMÓ CUALQUIER TIPO DE CIGARRO (PURO O PIPA), EN LAS ÚLTIMAS DOS HORAS?

1 sí Cuántos? ____ 2 no

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

1 sí 2 no

5. RESULTADO DE LA PRUEBA:

1 Prueba completa

Prueba incompleta (marque una de las opciones de abajo):

2 El(la) entrevistado(a) no entendió las instrucciones

3 El(la) entrevistado(a) fue excluido por razones médicas (no elegible)

4 El(la) entrevistado(a) no fue capaz de realizar la prueba (otras razones*)

5 El(la) entrevistado(a) rechazó

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).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENTREVISTADORES: _____

FECHA DE ENTREVISTA: ____ / ____ / ____
 d d m m a a a a

PRINCIPAL

HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA: ___ h ___ min.

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 ESCUELA ESTUDIÓ UD.?

5. ¿CUAL FUE EL ÚLTIMO GRADO QUE APROBÓ UD. EN LA ESCUELA?

1 primaria
 2 secundaria/ técnico posprimaria
 3 preparatoria/ vocacional/ bachillerato/ técnico postsecundaria/ técnico pospreparatoria
 4 licenciatura/ especialidad/ maestría/ doctorado
 5 ninguno
 6 no sabe

6. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO QUE APROBÓ SU PADRE EN LA ESCUELA?

1 primaria
 2 secundaria/ técnico posprimaria
 3 preparatoria/ vocacional / bachillerato/ técnico postsecundaria/ técnico pospreparatoria
 4 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 ES POSIBLE. SI TIENE DUDA, ENTONCES RESPONDA NO.

Tos

7. ¿GENERALMENTE TIENE UD. 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 TRES MESES AL AÑO?

1 si 2 no

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

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

Flemas

8. ¿GENERALMENTE TIENE UD. FLEMAS QUE VIENEN DE SU PULMÓN 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 de 2 a 5 años
- 3 más de 5 años

Chiflido en el pecho/ Silbido/Sibilancia/Maullido de gato

9. ¿HA TENIDO UD. SILBIDO O CHIFLIDO 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. ¿EL SILBIDO O CHIFLIDO EN EL PECHO LO TUVO UD. SOLAMENTE CUANDO ESTUVO RESFRIADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1 si 2 no

9B. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGUNA VEZ HA TENIDO UN ATAQUE (CRISIS) DE SILBIDO O CHIFLIDO EN EL PECHO ACOMPAÑADO DE FALTA DE AIRE?

1 si 2 no

Falta de aire

10. ¿TIENE UD. ALGÚN PROBLEMA QUE NO LE DEJE MOVERSE O CAMINAR, QUE NO SEA UN PROBLEMA DE PULMÓN O DE CORAZÓN?

1 si 2 no

[Si es “si”, por favor pregunte y anote qué problema(s) y entonces pase a la pregunta 12; si es “no”, pase a la pregunta 11]

¿QUÉ PROBLEMA(S):

.....

.....

.....

11. ¿SIENTE UD. QUE LE FALTA AIRE CUANDO CAMINA MÁS RÁPIDO EN UN CAMINO PLANO O EN UNA PEQUEÑA SUBIDA?

1 si 2 no

[Si la respuesta es “si”, pase a la pregunta 12; si es “no” continúe con la 11A.]

Instrucción 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 una de ellas sea “si”, entonces se pasa inmediatamente a la pregunta 12.]

11A. ¿TIENE UD. QUE CAMINAR MAS LENTO EN UN CAMINO PLANO QUE LAS PERSONAS DE SU EDAD A CAUSA DE LA FALTA DE AIRE?

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 O ALGUNOS MINUTOS?

1 si 2 no

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

1 si 2 no

12. ¿ALGÚN MÉDICO LE HA DICHO A UD. QUE TIENE ENFISEMA EN LOS PULMONES?

1 si 2 no

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

1 si 2 no

14. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL MÉDICO LE HA DICHO QUE UD. TIENE BRONQUITIS CRÓNICA?

1 si 2 no

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

14A. ¿ACTUALMENTE TODAVÍA PADECE UD. BRONQUITIS CRÓNICA?

1 si 2 no

15. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL MÉDICO LE HA DICHO QUE UD. TIENE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)?

1 si 2 no

Manejo

AHORA LE VOY A PREGUNTAR SOBRE LAS MEDICINAS QUE UD. PUEDE ESTAR USANDO PARA AYUDAR A SU RESPIRACIÓN O A SUS PULMONES.

ME GUSTARÍA SABER SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE USA DE MANERA REGULAR (CONSTANTE) Y TAMBIÉN SOBRE LOS QUE USA SOLAMENTE CUANDO SE SIENTE MAL.

TAMBIÉN ME GUSTARÍA QUE ME DIJERA SOBRE CADA MEDICAMENTO QUE TOMA UD., DE QUÉ FORMA LO TOMA Y CUÁNTAS VECES LO HACE AL MES.

16. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, TOMÓ UD. CUALQUIER MEDICINA PARA SUS PULMONES O PARA SU RESPIRACIÓN?

1 si 2 no

[Si la respuesta a la pregunta 16 fue "no" pase a la pregunta 17]

16A. NOMBRE DEL MEDICAMENTO					
16B. CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	_____	_____	_____	_____	_____
16C. PRESENTACIÓN	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra
16D. ¿TOMA UD. ESA MEDICINA: 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' pregunte 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' pregunte 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' pregunte 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' pregunte 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' pregunte la 16E y la 16F]</i>
16E. CUANDO USA ESA MEDICINA ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA SE LA TOMA ?	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días
16F. CUANDO USÓ ESA MEDICINA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿DURANTE CUÁNTOS MESES ESTUVO TOMÁNDOLA?	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

16A. NOMBRE DEL MEDICAMENTO					
16B. CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	_____	_____	_____	_____	_____
16C. PRESENTACIÓN	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 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"/> spray 3 <input type="checkbox"/> inhalación/nebuliz. 4 <input type="checkbox"/> jarabe 5 <input type="checkbox"/> supositorio 6 <input type="checkbox"/> inyección 7 <input type="checkbox"/> Otra
16D. ¿TOMA UD. ESA MEDICINA: 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' pregunte 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' pregunte 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' pregunte 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' pregunte 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' pregunte la 16E y la 16F]</i>
16E. CUANDO USA ESA MEDICINA ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA SE LA TOMA ?	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días
16F. CUANDO USÓ ESA MEDICINA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿DURANTE CUÁNTOS MESES ESTUVO TOMÁNDOLA?	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

40B. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, UD. NO TRABAJÓ O DEJÓ DE TRABAJAR PORQUE TODO EL TIEMPO TRABAJA EN CASA O PORQUE 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 QUEHACERES DOMÉSTICOS 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 ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE REALIZAR SUS QUEHACERES DOMÉSTICOS O DEJÓ DE CUIDAR DE ALGUIEN, DEBIDO A CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD?

_____ días

40E. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE REALIZAR SUS QUEHACERES DOMÉSTICOS O DEJÓ DE CUIDAR DE ALGUIEN, DEBIDO A PROBLEMAS DEL PULMÓN ?

_____ 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 UN INGRESO?

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 CON INGRESOS A CAUSA DE SUS PROBLEMAS DE SALUD?

_____ días

44B. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CUÁNTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE TENER UN TRABAJO CON INGRESOS A CAUSA DE SUS PROBLEMAS DE PULMÓN?

_____ días

Actividades de esparcimiento

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOBRE EL TIEMPO QUE TAL VEZ UD. SE QUEDÓ ACOSTADO HASTA LA MITAD DEL DÍA O MÁS, SIN CONSEGUIR HACER ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO (O DE PASEO), TALES COMO VISITAR AMIGOS O PARIENTES; IR A PLAZAS O PARQUES; BAILAR, JUGAR CARTAS U OTRAS COSAS, A CAUSA DE SUS PROBLEMAS DE SALUD.

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 ACTIVIDADES DE PASEO O ESPARCIMIENTO POR SUS PROBLEMAS DE SALUD?

_____ días

45B. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUANTOS DÍAS EN TOTAL DEJÓ UD. DE PARTICIPAR EN SUS ACTIVIDADES DE PASEO O ESPARCIMIENTO A CAUSA DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE PULMÓN?

_____ días

Polución intradomiciliaria

46. ¿EN SU CASA, SE UTILIZÓ FOGÓN CON CARBÓN PARA COCINAR, POR MÁS DE 6 MESES DURANTE TODA SU VIDA?

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 FOGÓN CON CARBÓN EN SU CASA?

_____ años

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

_____ horas

46C. ¿TODAVÍA UTILIZAN FOGÓN CON CARBÓN PARA COCINAR EN SU CASA?

1 si

2 no

46D. ¿ESTE FOGÓN TIENE O TENÍA CHIMENEA?

1 si

2 no

47. ¿EN SU CASA, UTILIZARON FOGÓN CON MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS PARA COCINAR, POR MÁS DE 6 MESES EN TODA SU VIDA?

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 UTILIZARON FOGÓN CON MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS PARA COCINAR EN SU CASA?

_____ años

47B. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA SE QUEDABA UD. CERCA DE ESE FOGÓN CON MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS?

_____ horas

47C. ¿TODAVÍA UTILIZA FOGÓN CON MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS PARA COCINAR EN SU CASA?

1 si

2 no

47D. ¿ESTE FOGÓN TIENE O TENÍA CHIMENEA?

1 si

2 no

48. ¿EN SU CASA, HAN UTILIZADO, POR MÁS DE 6 MESES DURANTE TODA SU VIDA, CARBÓN PARA CALENTAR LA CASA?

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 UTILIZADO CARBÓN PARA CALENTAR SU CASA?

_____ años

48B. ¿TODAVÍA UTILIZAN CARBÓN PARA CALENTAR SU CASA?

1 si

2 no

48C. ¿CUÁNTOS DÍAS EN PROMEDIO AL AÑO SE QUEDABA UD. CERCA DE ESE CALENTADOR ?

_____ días

49. ¿EN SU CASA, UTILIZARON, POR MÁS DE 6 MESES EN TODA SU VIDA, MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS PARA CALENTAR LA CASA?

1 si

2 no

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

49A. ¿CUÁNTOS AÑOS UTILIZARON MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS PARA CALENTAR SU CASA?

_____ años

49B. ¿TODAVÍA UTILIZAN MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS PARA CALENTAR SU CASA?

1 si

2 no

49C. ¿CUÁNTOS DÍAS EN PROMEDIO AL AÑO SE QUEDABA UD. CERCA DE ESE CALENTADOR?

_____ días

ENTREVISTADORES: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA:

____/____/____
d d m m a a a a

HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA:

_____ h _____ min.

[Si es "sí", haga la pregunta S14A; si es "no", pase a la pregunta S15]

S14A. DIGAME POR FAVOR QUÉ VITAMINAS TOMA

S15. ¿EN LA ACTUALIDAD USA USTED OXÍGENO EN SU CASA COMO TRATAMIENTO?

1 sí 2 no

[Si es "sí", haga las preguntas S15A y S15B; si es "no", pase a la pregunta S16]

S15A. ¿CUANTAS HORAS AL DÍA USA EL OXÍGENO?

_____ horas

S15B. ¿USTED PAGA EL OXÍGENO O SE LO PROPORCIONA UNA INSTITUCIÓN?

1 Lo paga 2 Se lo dan

[Si contestó que "sí" en la pregunta 27B del cuestionario platino haga la pregunta S16; en caso contrario, pase a la pregunta S17]

S16. ¿TOMA ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO PARA CONTROLAR SU PRESIÓN ARTERIAL?

1 sí 2 no

S17. ¿TIENE UD. DERECHO A SERVICIO MÉDICO EN ALGUNA INSTITUCIÓN?

1 sí 2 no

[Si contestó que "sí" haga la pregunta S17A; en caso contrario de las gracias]

S16A. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN TIENE DERECHO A SERVICIO MÉDICO? (marque todos los que tenga)

- 1 IMSS
- 2 IISSTE
- 3 IPEMEX
- 4 SEDENA/MARINA
- 5 Seguro privado
- 6 Otro

7. CIRCUNFERENCIA DE CUELLO:

(1) (2)

_____ , ___ cuello 1 _____ , ___ cuello 2

8. PULSO:

9. OXIMETRIA

(1) _____ P1 _____ 01

(2) _____ P2 _____ 02

(3) _____ P3 _____ 03

(4) _____ P4 _____ 04

(5) _____ P5 _____ 05

(6) _____ P5 _____ 05