

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

**CUESTIONARIO 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)

(2)

_____, ___ cuello 1

_____, ___ cuello 2

8. OXIMETRIA

9. PULSO

(1)

_____ O1

_____ P1

(2)

_____ O2

_____ P2

(3)

_____ O3

_____ P3

(4)

_____ O4

_____ P4

(5)

_____ O5

_____ P5

(6)

_____ O6

_____ P6

ENTREVISTADORES: _____

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

N° Secuencial: _ _ _ _

CUESTIONARIO PLATINO Hoja Frontal

CONGLOMERADO:	DPTO:	SECCION:	SEGMENTO:	ZONA:	VIVIENDA:	PERSONA:
□□	□□	□□	□□□	□□□	□□□	□

NOMBRE DE ENTREVISTADO:

.....

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

DURACIÓN: Inicio: ____ : ____ Finalización: ____ ____

	REALIZADO: (Si/No)	CODIGO DE APARATO	CUAL(ES) MOTIVO(S):
ESPIROMETRIA			
ANTROPOMETRIA			

	FECHA:	NOMBRE:	OBSERVACIONES:
CRITICA			
CODIFICACIÓN			
SUPERVISIÓN			
DIGITACION 1			
DIGITACION 2			

CUESTIONARIO PLATINO 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 ESTUDIO TIENE UD.?

5. ¿CUAL FUE EL ÚLTIMO GRADO DE ENSEÑANZA QUE UD. COMPLETÓ?

- 1 primaria
2 secundaria
3 bachillerato/ otros no universitarios(magisterio, IPA, UTU)
4 Universidad/ Postgrado/ maestría/
5 ninguno
6 no sabe

6. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO DE ENSEÑANZA QUE SU PADRE COMPLETÓ?

- 1 primaria
2 secundaria
3 bachillerato/ otros no universitarios(magisterio, IPA, UTU)
4 Universidad/ postgrado/ maestría/
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. ¿ CUÁNTOS AÑOS HACE QUE UD. TIENE 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]

13A. ¿ACTUALMENTE TODAVÍA PADECE UD. ASMA, BRONQUITIS ASMÁTICA O BRONCOESPASMO 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. ALGÚN MEDICAMENTO 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización. 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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, ÚNICAMENTE 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 únicamente 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 únicamente 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 únicamente 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 únicamente 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 únicamente la 16E; si es 'síntomas' o 'ambos' pregunte la 16E y la 16F]</i>
16E. CUANDO USA ESE MEDICAMENTO ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA LO TOMA ?	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días
16F. CUANDO USÓ ESE MEDICAMENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿DURANTE CUÁNTOS MESES ESTUVO TOMÁNDOLO?	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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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"/> inhalador 3 <input type="checkbox"/> nebulización 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 únicamente 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 únicamente 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 únicamente 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 únicamente 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 únicamente la 16E; si es 'síntomas' o 'ambos' pregunte la 16E y la 16F]</i>
16E. CUANDO USA ESE MEDICAMENTO ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA LO TOMO ?	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días
16F. CUANDO USÓ ESA MEDICINA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿DURANTE CUÁNTOS MESES ESTUVO TOMÁNDOLO?	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

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

_____ cigarrillos/ día

20E. EN PROMEDIO, DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE CIGARRILLOS, ¿CUÁL ES EL QUE UD. HA FUMADO CON MÁS FRECUENCIA?

- 1 industrializado con filtro
- 2 industrializado sin filtro
- 3 hecho a mano con papel
- 4 hecho a mano con chala
- 5 otro –

ESPECIFIQUE:

[Por favor, 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 cajillas 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 cada 30 días]

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

_____ años

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

_____ cigarrillos/ día

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

- 1 industrializado con filtro
- 2 industrializado sin filtro
- 3 hecho a mano con papel
- 4 hecho a mano con chala
- 5 otro –

ESPECIFIQUE:

22. ¿ACTUALMENTE FUMA UD. PIPA O PURO (HABANO)?

- 1 si
- 2 no

“Actualmente” significa 50 o más encendidas de pipa 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 (HABANO)?

- 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. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA UN MÉDICO LE ACONSEJÓ QUE DEJARA UD. DE FUMAR?

- 1 si
- 2 no

(Si es “si” haga la pregunta 23 B, si es “no” pase directamente a la pregunta 24)

Pregunte la 23 A unicamente a los fumadores actuales.

23A. ¿HA RECIBIDO CONSEJO PARA DEJAR DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- 1 si
- 2 no

28. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA LE HAN HECHO UNA OPERACIÓN (CIRUGÍA) EN LA QUE LE QUITARAN UNA PARTE DE SU PULMÓN?

1 si 2 no

29. ¿ESTUVO UD. HOSPITALIZADO EN SU INFANCIA (CUANDO TENÍA MENOS DE 10 AÑOS) POR PROBLEMAS DEL PULMÓN?

1 si 2 no

30. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES RECIBIÓ UD. LA VACUNA CONTRA LA GRIPE?

1 si 2 no

31. ¿ALGÚN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE HA DICHO QUE SU PADRE, MADRE, HERMANOS O HERMANAS TUVIERAN DIAGNÓSTICO DE ENFISEMA, BRONQUITIS CRÓNICA O EPOC?

1 si 2 no

32. ¿HA ESTADO VIVIENDO UD. CON ALGUIEN QUE FUME CIGARRILLO, PIPA O PURO, DENTRO DE SU CASA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS?

1 si 2 no

SF-12

QUEREMOS SABER SU OPINIÓN SOBRE SU SALUD. ESTA INFORMACIÓN NOS AYUDARÁ A SABER CÓMO SE SIENTE UD. Y SI ES CAPAZ DE HACER SUS ACTIVIDADES DIARIAS. RESPONDA CADA PREGUNTA INDICANDO LA RESPUESTA VERDADERA. SI TIENE DUDA SOBRE COMO RESPONDER LA PREGUNTA, RESPONDA DE LA MEJOR MANERA POSIBLE.

33. EN GENERAL, UD. DIRÍA QUE SU SALUD ES: (marque una)

1 excelente 4 regular
2 muy buena 5 mala
3 buena

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOBRE COSAS QUE UD. ACOSTUMBRA HACER DIARIAMENTE EN UN DIA COMÚN O TÍPICO.

34. ¿CONSIDERA UD. QUE DEBIDO A SU ESTADO DE SALUD, ACTUALMENTE SE LE

DIFICULTA HACER ALGUNAS COSAS QUE HACE A DIARIO, POR EJEMPLO:

34A. ACTIVIDADES MEDIAS COMO MOVER UNA MESA, UNA SILLA DE RUEDAS, HACER COMPRAS, LIMPIAR LA CASA O CAMBIARSE DE ROPA?

1 si, se le dificulta mucho
2 si, se le dificulta un poco
3 no, no se le dificulta para nada

34B. ¿CONSIDERA UD. QUE DEBIDO A SU ESTADO DE SALUD, ACTUALMENTE SE LE DIFICULTA HACER ALGUNAS COSAS QUE HACE A DIARIO COMO POR EJEMPLO: SUBIR TRES O MÁS ESCALONES?

1 si, se le dificulta mucho
2 si, se le dificulta un poco
3 no, no se le dificulta para nada

35. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TUVO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS COMO POR EJEMPLO:

35A. ¿HIZO MENOS DE LO QUE LE GUSTARÍA HACER A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

1 si 2 no

35B. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TUVO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS COMO POR EJEMPLO: SE SINTIÓ CON DIFICULTAD EN EL TRABAJO O EN OTRAS ACTIVIDADES A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

1 si 2 no

36. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TUVO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS COMO POR EJEMPLO:

36A. HIZO MENOS DE LO QUE LE GUSTARÍA HACER A CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONALES?

1 si 2 no

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 TAREAS 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 TAREAS DOMÉSTICAS 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 TAREAS DOMÉSTICAS 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 PAGO?

_____ 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 PAGO A CAUSA DE SUS PROBLEMAS DE SALUD?

_____ días

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

_____ días

Actividades Recreativas

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 RECREATIVAS (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 RECREATIVAS 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 RECREATIVAS 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 RECREATIVAS A CAUSA DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE PULMÓN?

_____ días

Polución intradomiciliaria

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

1 si 2 no

[Si es "sí" 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 EN SU CASA?

_____ años

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

_____ horas

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

1 si 2 no

46D. ¿ESTA COCINA TIENE O TENÍA CHIMENEA?

1 si 2 no

47. ¿EN SU CASA, UTILIZARON MADERA, LEÑA, ABONO, RESIDUOS DE LA COSECHA PAJA U HOJAS PARA COCINAR, POR MÁS DE 6 MESES EN TODA SU VIDA?

1 si 2 no

[Si es "sí" 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 MADERA, LEÑA, ABONO, RESIDUOS DE LA COSECHA PAJA U HOJAS PARA COCINAR EN SU CASA?

_____ años

47B. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA SE QUEDABA UD. CERCA DE ESE FUEGO CON MADERA, LEÑA, ABONO, RESIDUOS DE LA COSECHA, PAJA U HOJAS?

_____ horas

47C. ¿TODAVÍA UTILIZA MADERA, LEÑA, ABONO, RESIDUOS DE LA COSECHA, PAJA U HOJAS PARA COCINAR EN SU CASA?

1 si 2 no

47D. ¿ESTA COCINA 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 "sí" 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 CALEFACTOR ?

_____ días

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

_____ años

49B. ¿TODAVÍA UTILIZAN MADERA, LEÑA, ABONO, RESIDUOS DE LA COSECHA, PAJA U HOJAS PARA CALENTAR SU CASA?

1 si

2 no

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

_____ días

ENTREVISTADORES: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA:

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

HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA:

_____ h _____ min.

