

ENTIDAD <input type="text"/>	MUNICIPIO <input type="text"/>	PARROQUIA <input type="text"/>	SEGM <input type="text"/>
MANZANA <input type="text"/>		VIVIENDA <input type="text"/>	
DIRECCIÓN: _____			
TELÉFONOS: Domiciliario: _____ Celular: _____			
Recados: _____ Contacto: _____			

**NOMBRE DEL ENTREVISTADO:** \_\_\_\_\_

VISITA	FECHA	ENTREVISTADOR (ES)	OBSERVACIONES
1 <sup>a</sup>			
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
Otras			

**DURACIÓN:** Inicio: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Fin: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

	REALIZADO: (Si/No)	CODIGO DEL INSTRUMENTO	CUÁLE (ES) MOTIVO (S)
<b>ESPIROMETRÍA</b>			
<b>ANTROPOMETRÍA</b>			

	FECHA:	NOMBRE	OBSERVACIONES
<b>CRÍTICA</b>			
<b>CODIFICACIÓN</b>			
<b>SUPERVISIÓN</b>			
<b>DIGITACIÓN 1</b>			
<b>DIGITACIÓN 2</b>			

**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. CIGARRILLOS 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 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

**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

## CUESTIONARIO 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

*Si 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 AEROSOL, SPRAYS INHALADOS O NEBULIZACIONES, EN LAS ÚLTIMAS 3 HORAS?

1  sí                                  2  no

3. ¿FUMÓ CUALQUIER TIPO DE CIGARRILLO (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

## 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 QUE APROBÓ UD. EN LA ESCUELA?

- 1  Primaria  
2  Secundaria, Bachillerato  
3  Técnico Superior  
4  Universitaria, 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, Bachillerato  
3  Técnico Superior  
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 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. FLEMA QUE VIENEN DE SU PULMÓN O FLEMA DIFÍCIL 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 FLEMA 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. ESA FLEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS POR LO MENOS DURANTE TRES MESES AL AÑO?**

1  si    2  no

**8C. HACE CUÁNTOS AÑOS QUE TIENE UD. ESA FLEMA?**

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

**Silbidos en el pecho/Pitos/Sibilancias**

**9. ¿HA TENIDO UD. SILBIDOS O PITOS 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 O PITOS EN EL PECHO LOS 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 SILBIDOS O PITOS 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 EL 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 SUFRE UD. DE 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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. 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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"/> inhalador, spray 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. 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



**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 paja
- 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 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 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 CIGARRILLOS 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 paja
- 5  otro – ESPECIFIQUE:

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

- 1  si
- 2  no

*“Actualmente” significa 50 o más 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 (TABACO)?**

- 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 la respuesta es “si”, haga la pregunta 23A únicamente si el entrevistado es un fumador actual (es decir, respondió “si” a la pregunta 20 y/o a la 22). Si la respuesta es “si”, pero el entrevistado es un exfumador, pase a la pregunta 24]*

*[Si la respuesta es “no”, pase directamente a la pregunta 24]*

**23A. ¿HA RECIBIDO ASESORÍA PARA 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  sí    2  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 REMEDIO UTILIZÓ UD. PARA AYUDARLO A DEJAR DE FUMAR?

- 1  Sustitución con nicotina (chicles, parches)  
 2  Bupropion (wellbutrin o zyban)  
 9  otros (tofranil, etc)

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

1  sí    2  no

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

1  sí    2  no

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

25A. ¿QUÉ FUE LO QUE HIZO UD.?

- 1  hipnosis  
 2  acupuntura                                  9  otros (laser, etc)

**Exposición ocupacional**

26. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA TRABAJÓ POR UNO O MÁS AÑOS EN UN TRABAJO EN EL QUE HUBIERA POLVOS O HUMOS?

1  sí    2  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. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL MÉDICO LE HA DICHO QUE UD. TENÍA O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

27A. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN?

1  sí    2  no

27B. PRESIÓN ALTA (HIPERTENSIÓN)?

1  sí    2  no

27C. AZÚCAR EN LA SANGRE (DIABETES)?

1  sí    2  no

27D. CÁNCER DE PULMÓN?

1  sí    2  no

27E. EMBOLIA, ISQUEMIA O DERRAME CEREBRAL (ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL)?

1  sí    2  no

27F. TUBERCULOSIS?

1  sí    2  no

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

27F1. ¿ESTÁ UD. TOMANDO TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS EN ESTE MOMENTO?

1  sí    2  no

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

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

1  sí    2  no

27G. GASTRITIS O ÚLCERA?

1  sí    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 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 DINERO O LE PAGARON?**

\_\_\_\_\_ meses

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

\_\_\_\_\_ días

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

\_\_\_\_\_ horas

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

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 O 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 CON INGRESOS O PAGO 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]*





**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, PAJA U HOJAS PARA CALENTAR LA CASA?**

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 al final del cuestionario]*

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

\_\_\_\_ años

**49B. ¿TODAVÍA UTILIZAN MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA, 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  PUBLICO
- 2  SEGURO PRIVADO
- 3  SEGURO SOCIAL
- 4  OTROS

\_\_\_\_\_

**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)      \_\_\_\_\_ P6                      \_\_\_\_\_ 06

**10. ALTITUD** \_\_\_\_\_ metros