

California Behavioral Risk Factor Survey

Spanish Version

10 January 1997

Questions about the survey should be directed to:

Bonnie Davis, Ph.D.
CATI Unit
Cancer Surveillance Section
601 North 7th Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA, 94234-7320
(916) 327-2768

PRIVRES

Es esta una residencia privada?

NONRES

Muchas gracias, pero solamente estamos entrevistando residencias privadas.

EXPLAIN

Estamos haciendo un estudio sobre las practicas de salud de los habitantes de California. Su nombre ha sido seleccionado al azar por el Departamento de Salud para estar incluido en el estudio, y nos gustaria hacerle algunas preguntas sobre lo que hacen las personas que podria afectar su salud.

NUMADULT

Nuestro estudio requiere que entrevistemos a una sola persona que vive en su hogar. ¿Cuantas personas en su hogar, incluyendo usted, tienen 18 años de edad o más?

NOADULTS

Gracias por su cooperación, pero en este momento, solamente estamos entrevistando adultos de 18 años de edad o más.

NUMMEN

¿Cuantos son hombres?

NUMWOMEN

¿Cuantas son mujeres?

SELECTED

La persona con quien necesito hablar es {SHOWFIRST(1)}^n. Es usted la ^b{showfirst(1)}^n?

GETNEWAD

¿Me permite hablar con {SHOWFIRST(1)}?

NEWADULT

Hola, me llamo ^b{intvrs->name}^n y estoy llamando del Departamento de Salud y el Servicio Nacional de la Salud Publica. Estamos haciendo un estudio especial de los residentes de California acerca de sus practicas de salud y habitos de cada día. Usted a sido elegido/a al azar para estar incluido/a en este estudio entre los adultos que viven en su hogar.

NEWADLT2

Entonces, usted es la persona con quien necesito hablar. Usted ha sido seleccionado al azar para ser incluido en este estudio entre los adultos de su hogar. Otra vez, el proposito de este estudio es para juntar información acerca de lo que hacen las personas qu podria afectar su salud.

CONFIDEN

Toda la información obtenida en este estudio sera confidencial.

SEX

Permitame confirmar. Usted es el/la {showFIRST(1)} en el hogar?

1. GENHLTH

Primero, quiero hacerle algunas preguntas acerca de su salud. ¿Generalmente, diria usted que su salud es: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, o Delicada?

2. PHYSHLTH

Ahora, pensando de su salud fisica, la cual incluye enfermedades fisicas y lastimaduras, ¿en cuántos de los últimos treinta días diria que su salud fisica no fue buena? ||[If answer is NA or '0', press F6.]

3. MENTHLTH

Ahora, pensando en su salud mental, la cual incluye la tensión nerviosa, depresión, y problemas emocionales, ¿en cuántos de los últimos 30 días diria que su salud mental no fue buena?

4. POORHLTH

Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días le impidió su salud delicada fisica o mental en hacer sus actividades normales, tales como cuidarse, trabajar, or hacer recreo?

5. HAVEPLN2

¿Tiene usted alguna cobertura de salud? Incluyendo seguro de salud, planes prepagados tal como los de HMO (organizaciones para el mantenimiento de la salud o planes del gobierno como Medicare o Medi-Cal?

6. HLTHPLN1

Hay ciertos tipos de cobertura que puede no haber considerando. Por favor digame si tiene alguna de las siguientes?

7. HLTHPLN2

Recibe cobertura de salud através de:

8. HLTHPLAN

Su empleador

El empleador de otra persona (incluyendo esposa/o)

Un plan que usted u otra persona paga por su cuenta

Medicare

Medi-Cal (Medicaid)

Las fuerzas armadas, CHAMPUS, o la Administración de Veteranos

El Servicio de Salud Indio

Alguna otra fuente

9. MEDIMAN2

¿Está enrolado en un HMO (o sea, una organización para el mantenimiento de la salud o en algún plan pagado por Medi-Cal?

10. MAINPLAN

¿Qué tipo de cobertura de salud usa Ud. para pagar la mayor parte de su atención médica? ||Es cobertura por medio de: (Read only if necessary)

11. TIMEPLAN

¿Hace cuánto tiempo que tiene {showlast(3)}?

12. PAYPART1

¿Cuánto del costo de la prima de seguro de salud paga su empleador, o el empleador de otra persona? ¿Todo del costo, parte del costo, o ninguna parte? ||(Esto no incluye lo que Ud. tiene que pagar, por ejemplo, cada vez que visita el médico.)

13. HMOPPO

¿Hay algún libro o lista de médicos asociados con su {showlast(3)}?

14. PRIMDOCS

¿Le exige su {showlast(3)} que Ud. seleccione un cierto médico o clínica para toda atención corriente?

15. PLANLIST

¿Le exige su plan de salud que usted seleccione sus médicos de una lista aprobada por el plan?

16. SATISFAC

¿En general, cuál es su nivel de satisfacción con el plan de seguro de salud que tiene actualmente? ¿Diría que Ud. está muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni descontento, o muy descontento?

17. GAPPLN

¿En los últimos 12 meses, hubo alguna ocasión en la cuál no tuvo ningún seguro o cobertura médica?

18. PASTPLAN

¿Cuánto tiempo hace que tuvo cobertura médica?

19. WHYNOINT

Mucha gente no tiene cobertura médica por varias razones. ¿Cuál de estas declaraciones mejor describe por que USTED no esta cubierto por algún seguro médico?

20. WHYNOPLA

Usted, su esposo/a, o sus padres perdieron su trabajo o cambiaron de empleador. ¿Diría que esta razón es muy importante, importante, o que no es importante?

21. WHYNOPLB

No fue ofrecido por su empleador. ¿Diría que esta razón es muy importante, importante, o que no es importante?

22. WHYNOPLC

El seguro médico es demasiado caro. ¿Diría que esta razón es muy importante, importante, o que no es importante?

23. WHYNOTX3

¿Cuál es la razón más importante que Ud. no tiene seguro médico?

24. TRYPLN

Usted indicó que actualmente no está cubierto por seguro médico. ¿Ha intentado buscar alguna cobertura de salud?

25. PRIMCARE

¿Hay alguna clínica, centro de salud, consultorio de médico, o otro lugar en particular donde usted va usualmente cuando está enfermo o cuando necesita atención de salud rutinaria?

26. NEEDDOC

¿Ha necesitado visitar un doctor a causa de enfermedades o lastimaduras en los últimos 12 meses?

27. PAYNOGO

¿Hubo alguna ocasión durante los últimos 12 meses en que necesitó visitar al médico, pero no pudo debido al costo?

28. RESTRIC2

¿Esta limitado/a de cualquier manera en cualquier actividad a causa de algún problema de salud o impedimento?

29. CHECKUP

Algunas personas visitan al médico para un examen de rutina, aunque se sientan bien y no hayan estado enfermas. ¿Cuánto tiempo hace que visitó, por última vez, a un médico para un examen de rutina?

30. WHENDNT2

Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre dentistas y cuestiones de salud dental. || ¿Cuánto tiempo hace desde que fue a visitar al dentista o a una clínica dental?

31. DENTNOGO

¿Cuál es la razón principal que Ud. no ha visitado al dentista durante el último año?

32. LOSTEETH

¿Cuántos de sus dientes permanentes se han extraído a causa de caries o enfermedad de las encías? (Este no incluye los dientes sacados por otras razones, tales como lastimaduras o ortodoncia.

33. DENTPLN2

¿Tiene Ud. algún tipo de cobertura dental que paga por alguna o toda atención dental de rutina? Esto incluye seguro dental, planes prepagados como los HMOs (organizaciones para el mantenimiento del salud , o planes del gobierno tal como Medi-Cal.

34. BPCHECK2

¿Aproximadamente, cuánto tiempo hace desde que un doctor, enfermera, u otro profesional de salud le tomó la presión de la sangre?

35. BPHIGH1

¿Alguna vez, le ha dicho un médico, enfermera, u otro profesional de salud que tiene la presión alta?

36. HIGHGT1

¿Le han dicho que tenía la presión alta en más de una ocasión, o solamente una vez?

37. PCNTL

Para controlar la presión alta de la sangre, está usted...

¿Haciendo dieta para adelgazar?

¿Usando menos sal en su dieta?

¿Haciendo ejercicio?

¿Tomando medicina prescrita por un médico?

38. BLOODCHO

El colesterol es una sustancia grasosa que se encuentra en la sangre. ¿Alguna vez, le han examinado para determinar el nivel de colesterol en su sangre?

39. CHOLCHK

¿Cuánto tiempo hace desde que se le revisaron el colesterol en la sangre por última vez?

40. TOLDHI

¿Alguna vez, le ha dicho un doctor u otra profesional de salud que tiene un alto nivel de colesterol en la sangre?

41. DIABCORI

Ahora, me gustaria preguntarle acerca de la diabetes, a veces llamada azúcar en la sangre. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene diabetes o un alto nivel de azúcar en la sangre?

42. DIABGEST

¿Fue esto SOLAMENTE mientras estaba embarazada?

43. DIABAGE

¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía diabetes?

44. DIABINS

¿Actualmente, toma insulina?

45. INSOFT2

¿Actualmente, que seguido toma insulina?

46. CHKGLU

¿Aproximadamente, qué seguido revisa su sangre para determinar el nivel de glucosa o azúcar? Incluya las veces que le examina un pariente o amigo, pero no incluya las veces que le examina un profesional de la salud.

47. HEARDGH

¿Ha oído mencionar la hemoglobina 'glucosilada' o la hemoglobina 'A uno C'?

48. DIABDOC2

¿Aproximadamente, cuántas veces en el último año ha visto a un doctor, enfermera, u otra profesional de salud debido a su diabetes?

49. DIABDOCB

¿Aproximadamente, cuántas veces en el último año ha sido examinado por un doctor, enfermera, u otro profesional de salud para la hemoglobina glucosilada o hemoglobina 'A uno C'?

50. CHKSORE

¿Aproximadamente, cuántas veces durante el año pasado se le ha examinado los pies por un profesional de la salud para determinar si tiene algunas lastimaduras o irritaciones?

51. VISCHK2

¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de los ojos en que le dilataron las pupilas? (Esto le hubiera causado sensibilidad temporal a la luz brillante.)

52. VISINTR

Ahora, quiero hacerle algunas preguntas acerca de la calidad de su vista. Si usa anteojos o lentes de contacto, por favor indíqueme la calidad de su vista mientras los este usando.

53. VISFAR

¿Cuánto tiempo le limita su vista en reconocer a la gente u objetos que estén a través de la calle?
¿Diría Ud. que todo el tiempo, la mayoría del tiempo, algunas veces, un poco del tiempo, o nunca?

54. VISNEAR

¿Cuánto tiempo le limita su vista al leer algo impreso, tal como un periódico, revista, receta, menú, o los números del teléfono? ¿Diría Ud. que todo el tiempo, la mayoría del tiempo, algunas veces, un poco del tiempo, o nunca?

55. VISTV

¿Cuánto tiempo le limita su vista al estar viendo la televisión? ¿Diría que todo el tiempo, la mayoría del tiempo, algunas veces, un poco del tiempo, o nunca?

56. EXERREA

Las siguientes preguntas tratan del ejercicio, recreo, o actividades físicas APARTE DE los deberes USUALES de SU TRABAJO. ||Hay muchas razones quizás por las cuales la gente no puede ser físicamente activa o hacer ejercicio. Dígame por favor si las razones siguientes nunca, pocas veces, algunas veces, casi siempre, o siempre le impiden de hacer ejercicio o actividades físicas.

Falta de tiempo a causa de las exigencias del trabajo, sociales, o de la familia

Vergüenza de su apariencia cuando hace actividades físicas.

No disfruta hacer actividades físicas

No hay nadie con quien hacer ejercicio.

Preocupación con su seguridad física debido al crimen o lastimaduras

Le falta el ánimo.

57. EXERANY

Durante el mes pasado, ¿participó Ud. en algunas ACTIVIDADES FISCIAS o EJERCICIOS tales como correr, calistenia, golf, jardinería, o caminatas para ejercicio?

58. SEATBELT

¿Con qué frecuencia usa usted un cinturón de seguridad cuando maneja o pasea en un automóvil? ¿Diría usted siempre, casi siempre, algunas veces, pocas veces, o nunca?

59. RIDEBIKE

¿Ha andado en una bicicleta en los últimos doce meses?

60. HELMBIKE

Cuando usted pasea en bicicleta, ¿se lleva puesto un casco u otro equipo para proteger la cabeza? ¿Diría que siempre, casi siempre, algunas veces, pocas veces, o nunca?

61. SMKALARM

¿Cuándo fue la última vez que Ud. u otra persona deliberadamente reviso cada uno de los detectores de humo en su casa, por apretar el botón o mantener una fuente de humo cerca del detector?

62. SMOKE100

Ahora, me gustaria hacerle algunas preguntas acerca del fumar cigarrillos. ||¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos durante su vida? || (5 packs = 100 cigarettes

63. SMKEVDA2

En la actualidad, ¿fuma usted cigarrillos todas los días, algunas días, o ningunos días?

64. SMOKENUM

¿En promedio, cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente?

65. SMK30ANY

¿Ha fumado usted algunos cigarrillos durante los últimos 30 días?

66. SMK30DAY

¿En cuantos de los últimos 30 días fumó usted cigarrillos?

67. SMK30NUM

Duante los últimos 30 días, el los días que fumó, aproximadamnete cuantos cigarrillos fumo por día?

68. SMKWHOLE

¿Apoximadamente, qué edad tenía cuando fumó su primer cigarrillo entero?

69. SMOKEAGE

¿Aproximadamente, cuantos años tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos regularmente?

70. QUIT1DY2

¿Durante los últimos 12 meses, ha dejado de fumar por un día o más?

71. QUITINT

¿Durante los últimos 12 meses, en los días en que usted no fumó, fué porque estaba tratando de dejar de fumar?

72. SMKWAKE

¿Al despertarse por la mañana, cuánto tiempo pasa antes de que fume el primer cigarrillo usualmente?

73. SMKBRAN2

¿Cuál marca fuma usted usualmente?

74. LIKESTOP

¿Le gustaría dejar de fumar?

75. QUIT30

¿Tiene planes de dejar de fumar en los próximos 30 días?

76. QUIT6

¿Esta pensando en dejar de fumar en los próximos seis meses?

77. SMOKREG2

¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo desde que fumó cigarrillos con regularidad

78. PUFF

¿Cuanto tiempo hace desde que fumó su último cigarrillo aunque fuera solamente un soplo?

79. RETURN12

¿Piensa Ud. que es probable o no es probable que volverá a fumar durante los próximos 12 meses?

80. SMKELSE2

¿Hay otra persona viviendo en su hogar que fuma cigarrillos al presente?

81. SMKELSEN

¿Cuántos otros miembros de su hogar fuman actualmente?

82. HHRULES2

¿Cuales son los reglamentos o restricciones de fumar, en su hogar, si hay algunos? ¿Diría Ud. que el fumar está totalmente prohibido, que está generalmente prohibido con algunas excepciones, se permite fumar únicamente en ciertos cuartos, o que no hay restricciones contra el fumar?

83. PREVADV

¿Durante los últimos tres años, ha hablado con Ud. su doctor u otro profesional de la salud, de cualquiera de los temas siguientes acerca de la educación de la salud?

Ejercicio

Nutrición o Dieta

Fumar cigarrillos

El cuidado de las armas de fuego

Alcohol

Enfermedades de transmisión sexual o HIV?

84. PREVPRG2

Un programa para mejorar la salud le ayuda a cambiar sus comportamientos de salud; tales como parar de fumar, perder peso, reducir el estrés, o aumentar la actividad física. ¿En 1996, participó Ud. en cualquier programa para mejorar la salud que fue ofrecido por

su empleador principal

su plan de salud

algún grupo de la comunidad

85. AGE

¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

86. HISPANIC

¿Es de origen hispano con ascendencia Mexicana, Latinoamericana, Puertorriqueña, o Cubana?

87. ORACE2

¿De qué raza es usted? ¿Diría: Blanco(a), Negro(a), Asiático(a), de las Islas del Pacífico, Indio(a) Americano(a), nativo de Alaska (Aleut), u Otra?

88. MARITAL

¿Esta usted: Casado, divorciado, viudo, separado, nunca casado, o viviendo con alguien sin estar casado?

89. CHILD18

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

90. CHLDAGE

¿Que edad tiene el joven/ los jóvenes?

91. CHLDSFTY

¿Con que frecuencia usa el niño mayor de su hogar un {showfromlist(4,1)} cuando viaja en un automóvil? Diría que siempre, casi siempre, a veces, rara vez, nunca, o nunca viaja en automóvil.

92. CHLDHELM

¿Durante el año pasado, con qué frecuencia ha llevado el niño de {showlast(5)} años un casco cuando andaba en bicicleta? ||Diría Ud. que Siempre, Casi siempre, Algunas veces, Pocas veces, o Nunca?

93. CHILDPLN

¿Esta el joven cubierto por un plan de salud?

94. EDUCA

¿Cuál fue el año escolar más alto que usted completó?|(Read Only if Necessary

95. EMPLOY2

¿Actualmente: Trabaja con sueldo, trabaja por cuenta propia, ha estado sin trabajo por más de 1 año, ha estado sin trabajo por menos de 1 año, es ama de casa, es estudiante, está jubilado, o no puede trabajar?

96. WORKHRS

¿En promedio, cuántas horas por semana trabaja Ud. en su empleo principal? No incluye horas que trabaja en un empleo secundario.

97. JOBLONG

¿Por cuánto tiempo ha estado trabajando por este mismo empleador continuamente?

98. FIRMTYPE

¿Es su {showlast(6)}, un negocio privado, o es parte del gobierno federal, estatal o local?

99. FIRMSIZ2

Incluyendo TODOS los sitios donde su {showlast(6)} efectúa operaciones, ¿aproximadamente cuántas personas, incluyendo los empleados de tiempo parcial, trabajan para su {showlast(6)}?

100. SICTXT2

Pensando en su {showlast (6)}, ¿cuál de las siguientes posibilidades mejor describe el negocio o la industria?

- Minería
- Construcción
- Manufactura
- Transporte
- Ventas al por mayor
- Ventas al por menor
- Financiero
- Gobierno
- Cuidado de la salud
- Tecnología de alto nivel
- Agricultura

101. INCOM94

¿Cuál de las siguientes categorías mejor describe el ingreso anual de su hogar, de todas fuentes?

102. THRESH96

¿Es el ingreso anual del hogar por arriba de \${showlast(8)}?

103. WEIGHT

¿Aproximadamente cuánto pesa usted sin zapatos?

104. HEIGHT

¿Aproximadamente, cuánto mide de estatura sin zapatos?||Round fractions down.

105. COUNTY1

¿En cuál condado vive?

106. NUMHOLD

¿Tiene Ud. más que un número de teléfono en su hogar?

107. NUMPHON2

¿Cuántos números telefónicos residenciales tiene usted?

108. ZIPCODE

¿Cuál es su código de zona postal?

109. HADMAM

Quiero hacerle unas preguntas sobre una prueba médica que se llama mamograma. Un mamograma es una radiografía del seno para buscar el cancer; requiere que el seno se presione entre dos placas de plástico. ¿Alguna vez le han hecho un mamograma?

110. HOWLONG2

¿Cuánto tiempo hace que le hicieron el último mamograma?

111. WHYDONE

¿Le hicieron su último mamograma como parte de un examen de rutina, debido a problemas de los senos, o porque ya ha tenido cáncer del seno?

112. HADCBE

Un examen clínico de los senos es cuando un médico, enfermera, u otro profesional de la salud palpa los senos para determinar si hay nudos. ¿Alguna vez le han hecho un examen de los senos?

113. WHENCBE

¿Cuánto tiempo hace desde su último examen de los senos?

114. WHYCBE

¿La última vez que le le examinaron los senos, fue parte de un examen de rutina, debido a problemas con los senos, o porque ya ha tenido cáncer del seno?

115. HADPAP

Una prueba del Papanicolaou (o una prueba del Pap) es cuando toman material de la cerviz, que es el cuello de la matriz, para ver si hay células de cáncer. ¿Alguna vez, le han hecho una prueba del Papanicolaou?

116. WHENPAP

¿Cuánto tiempo hace desde que le hicieron la última prueba del Papanicolau?

117. WHYPAP

¿Le hicieron la última prueba del Papanicolau como parte de un examen de rutina, debido a algún problema, o por alguna otra razón?

118. HYSTER2

¿Le han hecho una histerectomía (es decir, una operación para quitar el útero/la matriz)?

119. PREGNANT

¿Que usted sepa, está embarazada?

120. FLUSHOT2

¿Durante los últimos 12 meses, ha recibido una vacuna contra la gripe?

121. PNEUMHAD

¿Durante los últimos 12 meses, le ha dicho su médico que tuvo una pulmonía?

122. PNEUMDAY

¿Cuántos días estuvo enfermo con pulmonía?

123. PNEUMVAC

¿Alguna vez, ha recibido una vacuna contra la pulmonía?

124. TETANUS

¿Alguna vez, ha recibido una vacuna contra el tétano?

125. WHENTET

¿Hace cuánto tiempo recibió la vacuna más reciente contra el tétano?

126. WHYTET2

¿Recibió esta vacuna como parte de su cuidado rutinario, o después de una lastimadura, o para un viaje fuera del país, o por alguna otra razón?

127. ORALCAN

¿Alguna vez, ha oído usted de un examen o prueba para el cáncer oral o cáncer de la boca?

128. ORALREAS

¿Alguna vez, le han hecho un examen para el cáncer oral o de la boca en que el doctor o dentista le tira de la lengua, a veces envuelta en una gasa, y palpa debajo de la lengua y adentro de las mejillas?

129. ORLWHYNO

¿Cuál es la razón más importante que nunca le hicieron un examen para cáncer oral?

130. ORALSIGN

¿Cuál es una señal temprana del cáncer oral o de la boca?

131. ORALTEST

Le voy a leer una lista de cosas que quizás aumentan la posibilidad que una persona contraiga el cáncer de la boca o de los labios. Para cada una de estas opciones, por favor, dígame si, en su opinión, aumenta el riesgo que una person contraiga el cáncer de la boca o de los labios.

Demasiada exposición al sol

Comer alimentos picantes

Beber alcohol regularmente

Usar tabaco en cualquier forma

Morder frecuentemente las mejillas o los labios

132. PERIDONT

La enfermedad periodontal es una condición que ataca el hueso y los tejidos alrededor de los dientes. ¿Alguna vez, le ha dicho un dentista que usted tiene enfermedad periodontal?

133. HADSTLHM

Una prueba de sangre en la materia fecal es una prueba que a veces se hace en casa usando un equipo especial. ¿Alguna vez, ha hecho esta prueba en su casa usando tal equipo?

134. WHENSTO2

¿Cuándo fué la última vez que hizo esta prueba en casa usando el equipo especial?

135. HADSIG

Un sigmoidoscopia o proctoscopia consiste en insertar un tubo en el recto para revisar el intestino para señales del cáncer y otros problemas de la salud. ¿Alguna vez, le han hecho esta prueba?

136. WHENSIG2

¿Cuándo le hicieron una sigmoidoscopia o proctoscopia por última vez?

137. PSAHEAR

Las preguntas siguientes se refieren a un examen de sangre para averiguar si se tiene cáncer de la próstata. Este examen se llama PSA o 'Prostate Specific Antigen'. ¿Alguna vez, ha OIDO usted acerca de una prueba de sangre para ver si tiene cáncer de la próstata?

138. PSAHAD

¿Alguna vez, le han hecho un examen de sangre para ver si tiene cáncer de la próstata?

139. PSAWHEN

¿Cuándo tuvo el último examen de sangre para ver si tiene cáncer de la próstata?

140. PSAWHY

¿La última prueba de sangre para el cáncer de la próstata fue como parte de un examen de rutina, debido a algún problema de próstata, o porque usted ya ha tenido cáncer de la próstata?

141. AIDSGRD3

Las próximas preguntas son acerca del HIV, el virus que causa el SIDA. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que Ud. no tiene que contestar cada pregunta si no lo desea. Si Ud. tuviera un niño en la escuela, en cuál grado piensa Ud. que se debería comenzar la educación sobre el SIDA y la infección de HIV?

142. CONDUSE2

¿Si usted tuviera un adolescente quien fuera sexualmente activo, le animaría usar un condón?

143. GETAIDS2

¿Cuáles son sus posibilidades de contagiarse con el virus del SIDA? ¿Diría usted que muchas posibilidades, algunas posibilidades, pocas posibilidades, o ninguna posibilidad?

144. AIDSTST3

¿Alguna vez, le han hecho una prueba de sangre para buscar el HIV, el virus que causa el SIDA?

145. AIDSDON

¿Ha donado sangre después de marzo de 1985?

146. LASTDON2

¿Cuándo fué la última vez que donó Ud. sangre?

147. LASTTST2

¿Cuándo fué su última prueba de sangre para el HIV?

148. REASTST2

¿Cual fué la razón principal por su última prueba de sangre para el HIV? ||(Read only if necessary

Para hospitalización o procedimiento quirúrgico

Para aplicar para seguro médico

Para aplicar para seguro de vida

Para empleo

Para aplicar para una licencia de matrimo

Para el servicio militar o incorporación a filas

Para inmigración

Solamente para averiguar si estuvo infectado

Porque le envió un doctor

Por un embarazo

Le envió su compañero/a sexual

Porque fue una parte del procedimiento de donar sangre

Para un examen rutinario

Porque estuvo expuesto a causa de su ocupación

Por una enfermedad

Porque estoy en peligro de contagiarme con la HIV

Otra razon

149. WHERTST3

¿Dónde le hicieron la última prueba de sangre para determinar si está infectado(a) con el HIV?

Doctor privado, HMO

Banco de sangre, centro de plasma, Cruz Roja

Departamento de Salud

Clínica, centro de consejos, sitio de prueba para el SIDA

Hospital, Sala de emergencia, clínica para pacientes que no están hospitalizados

Clínica de planificación familiar

Clinica prenatal/Consultorio del doctor obstétrico

Clínica del tuberculosis

Clínica para enfermedades de transmisión sexual

Clinica de salud de la comunidad

Clínica operada por su empleador

Clinica operada por la compañía de seguros

Otra clínica pública

Facilidad para el tratamiento de drogas

Sitio militar

Sitio de inmigración

En casa--visita por enfermera o profesional de la salud

En casa--usando equipo especial

En la cárcel o la prisión

Otro

150. TSTRESLT

¿Recibió los resultados de su última prueba de sangre?

151. COUNSEL3

¿Recibió consejos o habló con un profesional de la salud acerca de los resultados de su prueba?

152. HIVCHG

Debido a lo que Ud. sabe acerca del HIV, ¿ha cambiado su comportamiento sexual en los últimos 12 meses?

153. HIVCHG6

¿Hizo algunos de los cambios siguientes en los últimos 12 meses?|| ¿Tiene menos compañeros sexuales o se abstiene?

154. HIVCHG7

¿Tiene relaciones sexuales solamente con una persona?

155. HIVCHG8

¿Ahora, usa usted siempre condones para protección?

156. SUN15MIN

Ahora quisiera hacerle unas preguntas acerca del tiempo que Ud. pasa al aire libre. ||Durante los últimos 30 días, en cuántos días estuvo al sol por lo menos durante 15 minutos?

157. SUNAVOID

¿Con qué frecuencia evita Ud. salir al sol entre las 10 de la mañana y las 4 de la tarde? ¿Diría que siempre, casi siempre, algunas veces, raramente, o nunca?

158. SUNSCRN

Una crema protectora del sol es una loción con un factor de protección del sol, también conocido como SPF. ¿Durante los últimos 30 días, cuando Ud. salió al sol durante 15 minutos o más, diría que usó crema protectora Siempre, Casi siempre, A veces, Raramente, o Nunca?

159. SUNCLOTH

Alguna gente guarda contra que el sol alcance la piel cuando ellos salen afuera por usar ropa protectora tal como un sombrero o mangas largas. ¿Durante los últimos 30 días, cuando Ud. salió al sol durante 15 minutos o más, diría que tenía puesta ropa protectora siempre, casi siempre, a veces, raramente, o nunca?

160. SUNLAMP

¿Durante los últimos 30 días, ha usado una lámpara de sol o una cabina de broncear?

161. SKINTONE

¿Diría Ud. que su tez, que es su tono de piel, es blanca, mediana, o morena?

162. ASTHMA

Ahora quiero hacerle algunas preguntas acerca de las alergias. ||¿Alguna vez, ha sentido o le ha dicho un doctor, que usted tuvo asthma?

163. HAYFEVER

¿Le viene a veces síntomas de la fiebre del heno tales como estornudos y ojos enrojecidos?

164. HAVEGUN

Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre las armas de fuego. ||Hay alguna arma de fuego en su casa?

165. GUNGT1

¿Hay más de una arma de fuego en su casa?

166. RIFLE

¿Es la arma un fusil ?

167. SHOTGUN

¿Es la arma una escopeta ?

168. HANDGUN3

¿Es la arma {showfromlist(9,3)}

169. NUMGUNS

¿Cuántas pistolas hay en su hogar?

170. LOCKED2

A veces las armas se mantienen aseguradas por el uso de un retén del disparador (gatillo, o al guardar la arma bajo llave en un gabinete, cajón, caja u otro lugar. || ¿Alguna vez, ha guardado {showfromlist(9,1)} bajo llave?

171. LOCKNOW2

¿En este momento, está bajo llave {showfromlist(9,1)}?

172. LOADED2

¿En este momento está cargada {showfromlist(9,1)}?

173. WHYGUN

¿Cuál es la razón más importante para tener una pistola en su hogar?

Seguridad/Protección

Alguién en el hogar la necesita para su empleo

Cazar

Para tirar al blanco/pasatiempo/coleccionista/recreo (que no sea cazar

174. GUNUSED

¿{Showfromlist(9,3)} alguna vez para dispararle a un intruso o para asustarlo y hacerle huir?

175. DRNKANY1

Finalmente, quisiera hacerle algunas preguntas acerca del uso del alcohol. ||¿Durante el mes pasado, ha tomado Ud. por lo menos una vez cualquiera bebida alcohólica tal como cerveza, vino, 'wine coolers' o licor?

176. DRKBEER

Durante el mes pasado, ¿cuántos días por semana o por mes bebió Ud. cerveza?

177. NBEEROCC

En los días en que bebió cerveza, ¿cuántas cervezas tomó, en promedio?

178. DRKWINE

Durante el mes pasado, ¿en cuántos días por semana o por mes tomó Ud. vino?

179. NWINEOCC

En los días cuando tomó vino, ¿cuántos vasos de vino bebió Ud. en promedio?

180. DRKLIQR

Durante el mes pasado, ¿cuántos días por semana o por mes tomó Ud. licor?

181. NLIQROCC

En los días cuando tomó licor, ¿cuántas bebidas tomó Ud. en promedio?

182. DRINKGE5

Pensando en todos tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante el mes pasado tomó Ud. cinco o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

183. DRINKDRI

Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha manejado cuando quizás bebió demasiado?

184. RIDEDRNK

Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha paseado usted con un conductor de auto que quizás bebió demasiado?

185. DRKCUT

Las próximas preguntas se refieren a experiencias que quizás ha tenido con el alcohol durante su vida. Si Ud. ha tomado menos que 20 bebidas alcohólicas durante su vida, o si siente que estas preguntas no le pertenecen, por favor dígame y continuaremos. ||¿Alguna vez, ha sentido que debería reducir lo que toma?

186. DRKANOY

¿Alguna vez, le han molestado la gente criticándole lo que toma?

187. DRKGLTY

¿Alguna vez, ha lamentado o sentido culpable por lo que toma?

188. DRKMORN

¿Alguna vez, ha bebido algo al despertarse para calmar los nervios o para quitar un malestar que ocurre después de haber bebido demasiado?

189. YTHSAMP1

Sus respuestas indican que hay {showlast(4)} entre las edades de 12 y 17 años viviendo en este hogar. Quisiéramos entrevistar a {showfirst(4)} como parte de un estudio sobre las actitudes de adolescentes hacia el fumar y otras cuestiones.

190. YTHSAMP2

Todas las respuestas serán confidenciales. Mientras participación es voluntaria, su cooperación y la cooperación de el joven en esta encuesta es muy importante para el éxito de nuestro estudio. ||
¿Podemos entrevistar {showfirst(4)}?

191. IDTEEN1

La computadora ha seleccionado al azar el joven que tiene {showfirst(5)} años de edad para hacer la encuesta.

192. IDTEEN2

Quisiéramos ponernos en contacto con el joven que tiene {showfirst(5)} años de edad lo antes posible. ¿Cuándo será conveniente para llamar este joven?

193. CLOSING

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas serán combinadas para obtener la información acerca de los hábitos relacionados a la salud de la población de este estado. Muchísimas gracias por su tiempo y cooperación.

