

10

CONSUMO DE CIGARRILLOS

¿Cómo describiría usted su hábito de fumar cigarrillos?

- ☐ Todavía fumo ➔ Pase a la pregunta 11
☐ Antes fumaba ➔ Pase a la pregunta 12
☐ Nunca he fumado ➔ Pase a la pregunta 13

11

TODAVÍA FUMO

Cigarrillos por día

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9

(Pase a la pregunta 13)

12

ANTES FUMABA

Años

¿Hace cuántos años dejó de fumar cigarrillos regularmente?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9

¿Cuántos cigarrillos en promedio fumaba diariamente en los dos años antes de dejar de fumar?

- ☐ menos de 9
☐ 10-15
☐ 16-19
☐ 20 o más

13

¿Fuma o usa usted?

- pipas? ☐ Sí ☐ No
 puros? ☐ Sí ☐ No
 tabaco sin humo? ☐ Sí ☐ No

14

¿Con qué frecuencia usa usted drogas o medicamentos (incluso medicamentos de receta) que afectan su estado de ánimo o le ayudan a relajarse?

- ☐ Casi diariamente ☐ Algunas veces ☐ Casi nunca o nunca

15

Tragos

¿Cuántos tragos de bebidas alcohólicas toma usted en una semana típica? (un trago = una cerveza, una copa de vino, un trago de licor o un trago mezclado)

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9

16

Veces el último mes

¿Cuántas veces en el último mes manejó o viajó usted cuando el chofer quizás había tomado demasiado?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9

17

En los próximos 12 meses, ¿cuántos miles de millas probablemente manejará o viajará en cada uno de los siguientes?

A. Auto, camión, van o camioneta (SUV)

- ☐ 1-1,999
☐ 2,000-4,999
☐ 5,000-9,999
☐ 10,000-14,999
☐ 15,000-19,999
☐ 20,000-29,999
☐ 30,000 millas o más
☐ no manejo ni viaje de pasajero

B. Motocicleta

- ☐ 1-999
☐ 1,000-1,999
☐ 2,000-2,999
☐ 3,000-3,999
☐ 4,000-4,999
☐ 5,000 millas o más
☐ no manejo ni viaje de pasajero

18

¿Qué por ciento de las veces se abrocha usted el cinturón de seguridad cuando maneja o viaja?

- ☐ 100%
- ☐ 90-99%
- ☐ 80-89%
- ☐ menos del 80%

19

En promedio, ¿cuán cerca del límite de velocidad maneja usted usualmente?

- ☐ 5 mph dentro del límite de velocidad
- ☐ 6 a 10 millas sobre el límite
- ☐ Más de 10 millas sobre el límite

20

En un día típico, ¿cómo viaja usted usualmente? (marque uno solamente)

- ☐ Auto subcompacto o compacto ☐ Camión, van, van grande o SUV ☐ Otro
☐ Auto mediano o grande o minivan ☐ Motocicleta

21

¿Cuántas porciones de alimentos altos en fibras, tales como pan integral, cereal alto en fibra, frutas frescas o verduras, come usted? (tamaño de la porción = 1 rebanada de pan, ½ tza. de verduras, 1 fruta mediana, ¾ tza. de cereal)

- ☐ 5 a 6 porciones al día
- ☐ 3 a 4 porciones al día
- ☐ 1 a 2 porciones al día
- ☐ Casi nunca / nunca

22

¿Cuántas porciones de alimentos altos en colesterol o grasa, tales como carne grasosa, queso, comidas fritas o huevos come usted? (tamaño de la porción = 3½ oz. de carne, 1 huevo, 1 oz./lasca de queso)

- ☐ 5 a 6 porciones al día
- ☐ 3 a 4 porciones al día
- ☐ 1 a 2 porciones al día
- ☐ Casi nunca / nunca

23

En una semana promedio, ¿cuántas veces se dedica usted a una actividad física (ejercicio o trabajo suficientemente fuerte para hacerle jadear y que su corazón lata más rápidamente) y que dure por lo menos 20 minutos? Los ejemplos incluyen correr, caminar a paso ligero o trabajo pesado, p. ej., cortar leña, levantar pesos, excavar, etc.

- ☐ Menos de 1 vez por semana
- ☐ 1-2 veces por semana
- ☐ 3 veces por semana
- ☐ 4 o más veces por semana

24

En general, ¿cuán satisfecho está? usted con su vida (incluya aspectos personales y profesionales)?

- ☐ Completamente satisfecho ☐ Parcialmente satisfecho
- ☐ Mayormente satisfecho ☐ Insatisfecho

25

¿Estaría de acuerdo que está satisfecho con su trabajo?

- ☐ Muy de acuerdo ☐ En desacuerdo
- ☐ De acuerdo ☐ Muy en desacuerdo

POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

FOR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA AREA



26

En general, ¿cuán estrechos son sus vínculos sociales con su familia y/o amigos?

- ☐ Muy estrechos ☐ Menos estrechos que los normales
☐ Más o menos ☐ No estoy seguro

27

Considerando su edad, ¿cómo describiría usted su salud física general?

- ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Mala
☐ Muy buena ☐ Regular

28

¿Cuántas horas usualmente duerme usted por la noche?

- ☐ 6 horas o menos ☐ 8 horas
☐ 7 horas ☐ 9 horas o más

29

¿Ha sufrido usted una pérdida o desgracia personal en el último año? (Por ejemplo: una pérdida de empleo, discapacidad, divorcio, separación, encarcelamiento o la muerte de un ser querido)

- ☐ Sí, dos o más pérdidas serias ☐ Sí, una pérdida seria ☐ No

30

¿Con qué frecuencia se siente usted tenso, ansioso o deprimido?

- ☐ A menudo ☐ Casi nunca
☐ Algunas veces ☐ Nunca

31

Durante el último año, ¿cuál ha sido el efecto del estrés en su salud?

- ☐ Mucho ☐ Un poco ☐ Casi nada ☐ Nada

32

En el último año, ¿cuántos días de trabajo perdió usted debido a enfermedad personal?

- ☐ 0 ☐ 3-5 días ☐ 11-15 días
☐ 1-2 días ☐ 6-10 días ☐ 16 días o más

33

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus problemas de salud afectaron su productividad en el trabajo?

- ☐ ningún problema de salud ☐ algunas veces ☐ siempre
☐ nunca ☐ casi siempre

34

Durante las 2 últimas semanas ¿cuántas veces su estado de salud o sus problemas emocionales le dificultaron hacer lo siguiente? Marque la casilla "No se aplica a mi trabajo" sólo si la pregunta describe algo que no es parte de su trabajo.

	siempre (100%)	casi siempre	la mitad de la vces (50%)	algunas veces	nunca (0%)	no se aplica a mi trabajo
Trabajar el número de horas requeridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comenzar sus labores tan pronto llegó al trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repetir constantemente los mismos movimientos manuales durante el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar sus equipos (p. ej., teléfono, pluma, teclado, ratón de computadora)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentrarse en su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudar a otras personas a realizar su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer la cantidad requerida de trabajo en su empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir que ha hecho lo que es capaz de hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35

¿Cuántas horas tomó libre de su trabajo durante las 2 últimas semanas para cuidar a niños, padres o parientes enfermos? (Esto podría incluir llevar niños a visitas a un médico, quedarse en la casa con un niño o un padre enfermo o llamar a médicos o compañías de seguro médico.)

Horas

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9



36

¿Tiene usted un historial familiar (hermano, hermana, madre, padre, abuelos) de:

Hipertensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Problemas del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Alto colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro

37

Tiene usted:		nunca	en el pasado	actual-mente	si tiene actualmente	
					toma medicamento	bajo atención médica
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronquitis crónica/ enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor crónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acidez o reflujo ácido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alto colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menopausia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jaqueca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra afección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Voltee la página.



43

¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?

- ☐ Menos de 20 ☐ 25 a 29 ☐ No se aplica
☐ 20 a 24 ☐ 30 o más

44

Con qué frecuencia se examina usted los senos para detectar bultos?

- ☐ Mensualmente ☐ Cada unos cuantos meses ☐ Casi nunca o nunca

HOMBRES (Mujeres pasen a la pregunta 46)

45

¿Con qué frecuencia se examina usted los testículos para detectar bultos?

- ☐ Mensualmente ☐ Cada unos cuantos meses ☐ Casi nunca o nunca

46

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Soltero/a (nunca se ha casado) | <input type="radio"/> Casado/a |
| <input type="radio"/> Separado/a | <input type="radio"/> Viudo/a |
| <input type="radio"/> Divorciado/a | <input type="radio"/> Otro |

47

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Blanco (origen no hispano) | <input type="radio"/> Asiático o isleño del Pacífico |
| <input type="radio"/> Negro (origen no hispano) | <input type="radio"/> Indio americano / Nativo de Alaska |
| <input type="radio"/> Hispano | <input type="radio"/> Otro |

48

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Alguna escuela secundaria o menos | <input type="radio"/> Graduado de universidad |
| <input type="radio"/> Graduado de escuela secundaria | <input type="radio"/> Título de posgrado o profesional |
| <input type="radio"/> Alguna universidad | |

49

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> menos de \$35,000 | <input type="radio"/> \$75,000 - \$99,999 |
| <input type="radio"/> \$35,000 - \$49,999 | <input type="radio"/> \$100,000 o más |
| <input type="radio"/> \$50,000 - \$74,999 | |



