

## Cuestionario de Salud de Adultos (20 años o más)

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_

AGEB \_\_\_\_\_

### 2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM .....

NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA .....

### 3. CONTROL DE HOGARES

HOGAR \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ EN LA VIVIENDA

### 4. RESULTADO FINAL

RESULTADO ..... DÍA \_\_\_\_ MES \_\_\_\_

CÓDIGOS:

- a. Completa
- b. Seleccionado(a) con edad fuera de rango
- c. Incompleta

### 5. DATOS DE LA PERSONA SELECCIONADA

NOMBRE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE RENGLÓN \_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_

### CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."

### OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas".

### RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar".

**ENTREVISTADOR:** TRANSCRIBE EL NOMBRE, NÚMERO DE RENGLÓN, SEXO Y EDAD DEL (DE LA) INFORMANTE Y VERIFICA CON ÉL (ELLA) ESTOS DATOS.

Nombre \_\_\_\_\_ N.R.

Sexo  H  M

Edad

**ENTREVISTADOR:** ANTES DE INICIAR, DILE AL (A LA) INFORMANTE QUE DURANTE LA ENTREVISTA PUEDE UTILIZAR LENTES Y/O APARATO(S) AUDITIVO(S), EN CASO DE QUE LOS USE HABITUALMENTE.

## SECCIÓN I. SOBREPESO Y OBESIDAD

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

**1.1 ¿Alguna vez le ha dicho un médico/dietista/nutriólogo que tiene o tuvo obesidad?**

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....  1  
NO.....  2 → Pasa a 1.4

**1.2 ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron obesidad?**

ANOTA NÚMERO

Edad

No responde ..... 888

No sabe / No recuerda..... 999

**1.3 ¿Siguió algún tratamiento para controlar su peso?**

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....  1  
NO.....  2

**1.4 Ahora le voy a mostrar unas figuras corporales, por favor, dígame qué figura siente que más se parece a usted en este momento.**

MUESTRA TARJETA 08 Y ANOTA CÓDIGO

Número de figura

**1.5 ¿Cuál es su peso habitual sin ropa y zapatos?**

ANOTA CON NÚMERO

Kg

No sabe..... 999

**1.6 ¿Considera que su peso actual es...**

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

mayor al saludable?.....  1  
saludable?.....  2  
menor al saludable?.....  3  
No responde.....  8  
No sabe.....  9

**1.7 Durante los últimos 12 meses, ¿ha perdido o ganado peso?**

CRUZA UN CÓDIGO

Ganó peso .....	<div>1</div>	} Pasa a Sección II
Perdió peso.....	<div>2</div>	
No ha experimentado cambios en su peso.....	<div>3</div>	
Ganó o perdió peso porque está embarazada.....	<div>4</div>	
No sabe.....	<div>9</div>	

**1.8 ¿Cuántos kilos fueron los que ganó (perdió)?**

ANOTA CON NÚMERO

No sabe .....999

Kg

**ENTREVISTADOR:**

- SI PERDIÓ 5 KILOS O MÁS → CONTINÚA
- SI PERDIÓ MENOS DE 5 KILOS O SI GANÓ PESO → PASA A SECCIÓN II

**1.9 ¿Esta pérdida de peso fue intencional?**

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	<div>1</div>	→ Pasa a Sección II
NO.....	<div>2</div>	

**1.10 ¿Las acciones que tomó para perder peso fueron...**

LEE Y CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

disminuir el tamaño de las porciones?.....	<div>01</div>
aumentar la actividad física?.....	<div>02</div>
seguir las recomendaciones de un profesional de la salud?.....	<div>03</div>
tomar medicamentos para perder peso?.....	<div>04</div>
eliminar el consumo de refrescos?.....	<div>05</div>
aumentar el consumo de vegetales y alimentos ricos en fibra (por ejemplo, cereales integrales)?.....	<div>06</div>
realizar algún tipo de ejercicio?.....	<div>07</div>
tomar mucha agua?.....	<div>08</div>
Otra forma ( <i>específica</i> ).....	<div>09</div>
<div></div>	
No responde.....	<div>88</div>

**OBSERVACIONES:**


SECCIÓN II. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

A continuación, le mencionaré sentimientos o conductas que usted haya podido experimentar. Por favor, dígame con qué frecuencia se ha sentido así.

2.1 Durante la última semana...	Rara vez o nunca (menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
MUESTRA TARJETA 07, LEE PREGUNTAS Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN				
a) ¿sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?	1	2	3	4
b) ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	1	2	3	4
c) ¿se sintió deprimido(a)?	1	2	3	4
d) ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	1	2	3	4
e) ¿no durmió bien?	1	2	3	4
f) ¿disfrutó de la vida?	1	2	3	4
g) ¿se sintió triste?	1	2	3	4

2.2 ¿Usted no puede caminar más de seis minutos sin sentir fatiga?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....

NO.....

1

2

OBSERVACIONES:

### SECCIÓN III. DIABETES MELLITUS

#### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

Ahora le preguntaré por algunas enfermedades que pudiera tener usted.

**3.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?**

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....   
Sí, durante el embarazo  
(solo mujeres, diabetes gestacional).....   
NO.....  → Pasa a Sección IV

**3.2 ¿Qué edad tenía usted cuando el médico le dijo que tenía diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?**

ANOTA CON NÚMERO

Edad

No sabe / No recuerda.....99

**3.3 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces y con qué frecuencia acudió al médico para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)?**

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA NÚMERO

Número

Ninguna .....   
Diario.....   
Semanal.....   
Mensual .....   
Anual .....

**3.4 ¿En dónde se atiende, usualmente, para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)?**

CRUZA UN CÓDIGO

IMSS Prospera.....   
IMSS.....   
Secretaría de Salud.....   
Seguro Popular (SSA).....   
DIF, Cruz Roja, INI .....   
ISSSTE.....   
ISSSTE Estatal.....   
Marina, Defensa, Pemex.....

Consultorio, clínica u hospital privado..   
Hospital civil .....   
Institutos nacionales .....   
Consultorios dependientes  
de farmacias.....   
Otra institución .....   
Ninguna .....

**3.5 ¿Hace cuánto tiempo fue la última ocasión en la que acudió con un profesional de la salud para tratar su diabetes?**

ANOTA CON NÚMERO

Días Meses Años

3.6 En esa última ocasión, ¿en dónde se atendió?

CRUZA UN CÓDIGO

IMSS Prospera.....	01	Consultorio, clínica u hospital privado.....	09
IMSS.....	02	Hospital civil .....	10
Secretaría de Salud.....	03	Institutos nacionales .....	11
Seguro Popular (SSA).....	04	Consultorios dependientes	
DIF, Cruz Roja, INI .....	05	de farmacias.....	12
ISSSTE.....	06	Otra institución .....	13
ISSSTE Estatal.....	07	Ninguna .....	14
Marina, Defensa, Pemex.....	08		

3.7 En esa última ocasión, en el lugar en donde lo(a) atendieron, alguna persona...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NS/NR
a) ¿revisó sus niveles de glucosa?.....	1	2	9
b) ¿le tomó la tensión arterial?.....	1	2	9
c) ¿lo(a) pesó?.....	1	2	9
d) ¿le pidió quitarse el calzado y le revisó los pies?.....	1	2	9
e) ¿le hizo sugerencias sobre su forma de alimentarse?.....	1	2	9
f) ¿le hizo sugerencias sobre cómo aumentar su actividad física (caminar, correr, etcétera)?.....	1	2	9
g) ¿lo invitó a participar en algún Grupo de ayuda mutua para el control de su diabetes?.....	1	2	9
h) ¿le solicitó que acudiera a revisión de la vista?.....	1	2	9
i) ¿le solicitó que acudiera a revisión con un dentista?.....	1	2	9
j) ¿le solicitó exámenes de laboratorio en muestras de sangre?.....	1	2	9
k) ¿le solicitó exámenes de laboratorio en muestras de orina?.....	1	2	9
l) ¿le dio explicaciones sobre los medicamentos que le recetó?.....	1	2	9

3.8 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí, solo insulina.....	1	→ Pasa a 3.10
Sí, solo pastillas.....	2	
Sí, ambas.....	3	
Ninguno.....	4	→ Pasa a 3.13

3.9 ¿Cuánto tiempo tiene tomando pastillas para controlar su azúcar?

ANOTA CON NÚMERO

Meses	Años
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Menos de un mes.....	01
No sabe / No recuerda.....	99

ENTREVISTADOR: SI SOLO TOMA PASTILLAS, PASA A 3.13

### 3.10 ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento con insulina?

ANOTA CON NÚMERO

Meses

Años

 
 

Menos de un mes.....  01

No sabe / No recuerda.....  99

### 3.11 ¿Se aplica insulina todos los días?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....  1

NO.....  2

No responde.....  8

} Pasa a 3.13

### 3.12 ¿Cuántas veces al día se aplica insulina?

ANOTA NÚMERO

Número

### 3.13 Actualmente, ¿qué otro tratamiento lleva para controlar su azúcar?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud).....  1

Plan de ejercicio físico.....  2

Medicina alternativa .....  3

Otros.....  4

Ninguno.....  5

### 3.14 Durante los últimos 12 meses, ¿qué exámenes le hizo u ordenó su médico para vigilar su azúcar?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Tiras reactivas en orina.....  1

Tiras reactivas en sangre.....  2

Examen general de orina.....  3

Determinación de glucosa en sangre venosa.....  4

Determinación de hemoglobina glucosilada.....  5

Examen para medir el nivel de proteínas en la orina (microalbuminuria).  6

Medición de glucosa en sangre capilar en casa .....  7

Ninguno.....  8

→ Pasa a 3.16

### 3.15 Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se realizó esta prueba?

PREGUNTA PARA CADA UNO DE LOS EXÁMENES QUE RESPONDIÓ EN LA PREGUNTA 3.14

ANOTA CON NÚMERO

Número

Número

Examen 1.....

Examen 2.....

Examen 3.....

Examen 4.....

Examen 5.....

Examen 6.....

Examen 7.....

### 3.16 Debido a la diabetes, ¿qué medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones en el último año?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Revisión de la vista .....	01	Dejó de fumar .....	12
Toma una aspirina diario.....	02	Revisión dental .....	13
Revisión de pies.....	03	Recibió educación sobre	
Examen general de orina .....	04	su enfermedad .....	14
Microalbuminuria (con recolección		Electrocardiograma .....	15
de orina de 24 horas) .....	05	Evita calzado que pueda lesionar	
Medición de la presión arterial.....	06	sus pies .....	16
Aplicación de vacuna contra influenza.....	07	Acude a algún grupo de ayuda mutua.....	17
Aplicación de vacuna contra neumococo.....	08	Otro ( <i>específica</i> ).....	18
Medición del colesterol y los triglicéridos.....	09		
Toma un medicamento para disminuir			
la concentración de colesterol (pravastatina,			
atovastatina, simvastatina, rosuvastatina).....	10		
Toma un medicamento para el control de su			
presión arterial (enalapril, captopril,			
tenormin, diurético).....	11	No realiza ninguna medida preventiva.....	19

### 3.17 En general, ¿cada cuándo revisa sus pies en búsqueda de lesiones en la piel o en las uñas?

CRUZA UN CÓDIGO

Diario .....	1	Anual.....	4
Semanal.....	2	No se revisa .....	5
Mensual.....	3		

### 3.18 ¿Debido a la diabetes...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
a) ha tenido úlceras en piernas o pies?.....	1	2
b) le han amputado alguna parte del cuerpo?.....	1	2
c) le ha disminuido la visión?.....	1	2
d) ha perdido la vista?.....	1	2
e) le han hecho diálisis?.....	1	2
f) ha sufrido de un infarto al corazón?.....	1	2
g) ha tenido un infarto cerebral?.....	1	2
h) sufrió de un coma diabético?.....	1	2
i) se le ha bajado el azúcar hasta el punto de tener un episodio de aparición súbita de sudoración, confusión o pérdida de conocimiento, que requirió ayuda de una tercera persona para su resolución?.....	1	2



## SECCIÓN IV. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

#### 4.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
 NO.....  → Pasa a 4.9

#### 4.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?

ANOTA NÚMERO

Meses  Años

Menos de un mes.....   
 No responde.....   
 No sabe.....

ENTREVISTADOR: SI ES MUJER, CONTINÚA; SI ES HOMBRE, PASA A PREGUNTA 4.4

#### 4.3 ¿Estaba embarazada cuando le dijeron que su presión estaba alta?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
 NO.....

#### 4.4 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
 NO.....  → Pasa a 4.6

#### 4.5 ¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?

ANOTA CON NÚMERO

Meses Años

Menos de un mes.....   
 No sabe.....

#### 4.6 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió al médico para controlar su hipertensión (sin contar las visitas al servicio de urgencias)?

ANOTA CON NÚMERO

Número

Ninguna.....00  
 No sabe / No recuerda.....99 } Pasa a 4.8

#### 4.7 ¿En dónde se atiende principalmente para controlar su presión alta?

CRUZA UN CÓDIGO

IMSS Prospera.....   
 IMSS.....   
 Secretaría de Salud.....   
 Seguro Popular (SSA).....   
 DIF, Cruz Roja, INI.....   
 ISSSTE.....   
 ISSSTE Estatal.....   
 Marina/Defensa, Pemex.....

Consultorio, clínica u hospital privado.....   
 Hospital civil.....   
 Institutos nacionales.....   
 Consultorios dependientes de farmacias.....   
 Otra institución.....   
 Ninguna.....

4.8 Actualmente, ¿qué otro tratamiento lleva para controlar su presión alta?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud).....	<div>1</div>
Realiza algún ejercicio físico .....	<div>2</div>

Disminución en el consumo de sal .....	<div>3</div>
Medicina alternativa.....	<div>4</div>
Ninguno.....	<div>5</div>

4.9 En los últimos 12 meses, ¿cada cuándo le tomaron la presión?

CRUZA UN CÓDIGO

Diario.....	<div>1</div>
Semanal.....	<div>2</div>
Mensual.....	<div>3</div>
Anual.....	<div>4</div>
No se la toman.....	<div>5</div>

4.9a ¿Cuántas veces?

ANOTA CON NÚMERO

Número

ENTREVISTADOR: SI EN 4.1 TIENE CÓDIGO 2, PASA A SECCIÓN V, DE LO CONTRARIO, CONTINÚA.

4.10 ¿Debido a la hipertensión...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
a) ha sufrido daño en la retina?.....	<div>1</div>	<div>2</div>
b) le han hecho diálisis?.....	<div>1</div>	<div>2</div>
c) ha sufrido de un infarto al corazón?.....	<div>1</div>	<div>2</div>
d) ha tenido un infarto o embolia cerebral?.....	<div>1</div>	<div>2</div>
e) ha acudido a un servicio de urgencias en el último año?.....	<div>1</div>	<div>2</div>
(si la respuesta es NO, pasa a la opción siguiente)		
f) ha estado hospitalizado por más de 24 horas en el último año?.....	<div>1</div>	<div>2</div>
(si la respuesta es NO, pasa a Sección V)		
¿Cuántas veces?	<div></div> <div></div>	
¿Cuántas veces?	<div></div> <div></div>	
¿Cuántos días en total en el último año?	<div></div> <div></div>	

OBSERVACIONES:


## SECCIÓN V. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

#### 5.1 ¿Ha tenido alguna vez un dolor fuerte en el pecho, sudoración, con falta de aire o gran malestar que durara media hora o más?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
NO.....

#### 5.2 ¿Le ha dicho el médico que usted tiene (o tuvo) ...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
a) un infarto o ataque al corazón? .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b) angina de pecho (dolor o molestia en el pecho, que desaparece regularmente de forma espontánea con el reposo o con medicinas)? .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c) insuficiencia cardiaca (debilitamiento de la capacidad de bombeo del corazón, que provoca edema en pies, tobillos y piernas, cansancio y falta de aire)? .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

#### ENTREVISTADOR:

- SI EN LA PREGUNTA ANTERIOR LA RESPUESTA ES QUE SÍ PRESENTÓ UN INFARTO (CÓDIGO 1) → CONTINÚA
- SI NO HA TENIDO UN INFARTO (CÓDIGO 2) → PASA A SECCIÓN VI

#### 5.3 ¿Lo(a) hospitalizaron para atender el infarto que presentó?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
NO.....

#### 5.4 ¿A qué edad tuvo el primer infarto?

ANOTA NÚMERO

Edad

No responde.....888

No sabe.....999

#### 5.5 ¿Actualmente está tomando algún medicamento por el infarto?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
NO.....

#### 5.6 ¿Le ha dicho su médico, si ha tenido una embolia o un infarto cerebral?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
NO.....   
No sabe.....  } Pasa a Sección VI

#### 5.7 ¿Lo(a) hospitalizaron por esta razón?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
NO.....

SECCIÓN VI. ENFERMEDAD RENAL, HIPERCOLESTEROLEMIA Y NEUROMUSCULAR

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

6.1 ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón, como...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
a) infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....	1	2
b) cálculos renales? .....	1	2
c) insuficiencia renal? .....	1	2

ENTREVISTADOR:

- SI EN ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR RESPONDIÓ SÍ (CÓDIGO 1) → CONTINÚA
- SI TODAS SON NO (CÓDIGO 2) → PASA A PREGUNTA 6.3

6.2 ¿El tipo de tratamiento que tiene para su enfermedad renal es...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
a) dieta sin sal?.....	1	2
b) medicamentos?.....	1	2
c) diálisis?.....	1	2
d) hemodiálisis?.....	1	2
e) medicina alternativa? .....	1	2
f) Otro (especifica).....	1	2
<div></div>		
g) Ninguno.....	1	2

6.3 ¿Le han medido alguna vez la concentración de colesterol y triglicéridos?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

6.4 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	→ Pasa a 6.6
NO.....	2	

6.5 Mencione las acciones que actualmente toma para el control del colesterol.

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Medicamento.....	1
Dieta.....	2
Aumento de actividad física.....	3
Ninguna.....	4

6.6 ¿Algún médico le ha dicho que tiene los triglicéridos altos?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	→ Pasa a 6.8
NO.....	2	

### 6.7 ¿Qué tratamiento ha recibido para los triglicéridos altos?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Medicamento.....	1
Dieta.....	2
Aumento de actividad física.....	3
Ninguno.....	4

### 6.8 Mencione las acciones que actualmente toma para el control del colesterol y/o los triglicéridos.

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Modificó su alimentación .....	1	Toma alguno de los medicamentos siguientes: bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil, ciprofibrato.....	4
Aumentó la actividad física .....	2		5
Toma alguno de los medicamentos siguientes: (pravastatina, atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina, pitavastatina, ezetimibe) .....	3		6

#### ENTREVISTADOR:

- SI TIENE CÓDIGO 1 (SÍ) EN 4.4, 5.5, 6.5 O 6.7 O CÓDIGO 1, 2 O 3 EN 3.8 (USO DE MEDICAMENTOS) → CONTINÚA
- SI NO → PASA A SECCIÓN VII

### 6.9 ¿Me puede mostrar todas las medicinas que ha estado usted tomando durante las últimas dos semanas para controlar su (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, o triglicéridos o colesterol altos)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí mostró medicamentos.....	1	} Pasa a Sección VII
Sí toma medicamentos, pero no los mostró.....	2	
No está tomando medicamentos.....	3	

#### 6.10 ANOTA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA EL ENTREVISTADO(A) EN FORMA REGULAR

#### 6.11 ¿Recetado por un profesional médico?

		SÍ	NO	No sabe
a) Medicamento 1:		1	2	9
b) Medicamento 2:		1	2	9
c) Medicamento 3:		1	2	9
d) Medicamento 4:		1	2	9
e) Medicamento 5:		1	2	9
f) Medicamento 6:		1	2	9
g) Medicamento 7:		1	2	9
h) Medicamento 8:		1	2	9
i) Medicamento 9:		1	2	9
j) Medicamento 10:		1	2	9
k) Medicamento 11:		1	2	9
l) Medicamento 12:		1	2	9

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

FAMILIAR(ES)	7.1 ¿Su (FAMILIAR) tiene o tuvo diabetes o azúcar alta en la sangre?			7.2 ¿Su (FAMILIAR) tiene o tuvo hipertensión o presión alta?			7.3 ¿Su (FAMILIAR) tuvo un infarto?			7.4 ¿A qué edad su (FAMILIAR) tuvo su primer infarto?			7.5 ¿Su (FAMILIAR) tuvo valores altos de colesterol y/o triglicéridos?		
	SÍ	NO	No sabe	SÍ	NO	No sabe	Si es código 2 o 9, pasa a 7.5			1= Antes de los 50 2= A los 50 o más			SÍ	NO	No sabe
							SÍ	NO	No sabe	<50	>=50	No sabe			
Padre	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Madre	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Hermano(a) Si no tiene hermanos, pasa a Sección VIII	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9

This image shows a single sheet of white paper with horizontal green ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## SECCIÓN VIII. SALUD REPRODUCTIVA

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 A 49 AÑOS (ADULTOS DE 50 AÑOS O MÁS, PASA A SECCIÓN IX)

Ahora le haré preguntas relacionadas con salud reproductiva.

#### 8.1 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

ANOTA NÚMERO

Edad

No ha tenido relaciones sexuales.....00 → Pasa a filtro antes de 8.5

No responde.....88

No recuerda.....99

#### 8.2 La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿qué hicieron o qué usaron usted o su pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Condón o preservativo masculino.....01  
 Condón femenino.....02  
 Pastillas de anticoncepción de emergencia  
 o del día siguiente.....03  
 Pastillas o píldoras.....04  
 Inyecciones.....05  
 Parche anticonceptivo.....06  
 Dispositivo, DIU o aparato.....07  
 Implantes, tubos o norplant.....08

Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....09  
 Ritmo, calendario, termómetro, Billings..10  
 Retiro o coito interrumpido.....11  
 Otro (*específica*).....12  
  
 Nada.....13  
 No responde.....88  
 No recuerda.....99

#### 8.3 En su última relación sexual, ¿qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Condón o preservativo masculino.....01 → Pasa a  
 Condón femenino.....02 filtro antes  
 Pastillas de anticoncepción de emergencia de 8.5  
 o del día siguiente.....03  
 Pastillas o píldoras.....04  
 Inyecciones.....05  
 Parche anticonceptivo.....06  
 Dispositivo, DIU o aparato.....07  
 Implantes, tubos o norplant.....08  
 Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....09  
 Operación femenina, OTB o ligadura  
 de trompas.....10

Operación masculina o vasectomía.....11  
 Ritmo, calendario, termómetro, Billings..12  
 Retiro o coito interrumpido.....13  
 Otro (*específica*).....14  
  
 Nada.....15  
 No responde.....88  
 No recuerda.....99

#### 8.4 ¿Y además utilizaron condón masculino?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....1  
 No.....2  
 No recuerda.....9

ENTREVISTADOR:

- SI ES HOMBRE → PASA A 8.29
- SI ES MUJER → CONTINÚA

## PARA MUJERES DE 20 A 49 AÑOS

## 8.5 ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?

ANOTA NÚMERO

Edad  

No ha comenzado.....00 → Pasa a 8.29  
 No responde .....88  
 No sabe .....99

## 8.6 ¿Hace cuánto tiempo fue su última regla o menstruación?

ANOTA NÚMERO

Meses   Años  

Menos de un mes .....96 96  
 Actualmente está reglando .....97 97  
 No recuerda .....99 99

Pasa a filtro  
antes de 8.8

## ENTREVISTADOR:

- SI LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FUE HACE MENOS DE TRES MESES → PASA A 8.8
- SI FUE HACE TRES MESES O MÁS → CONTINÚA

## 8.7 ¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar?

CRUZA UN CÓDIGO

Está amamantando o en puerperio.....  1 } Pasa a 8.10  
 Actualmente está embarazada.....  2  
 Por menopausia natural.....  3  
 Le quitaron la matriz o los ovarios.....  4  
 Por quistes .....  5

Recibió radiaciones en la pelvis.....  6  
 Tomó medicamentos o quimioterapia...  7  
 Otras razones .....  8  
 No sabe.....  9

ENTREVISTADOR: SI ES MUJER Y NO HA INICIADO VIDA SEXUAL (8.1 = 00) → PASA A 8.29

## 8.8 ¿Alguna vez ha estado embarazada?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....  1 } Pasa a 8.29  
 NO.....  2  
 No responde.....  8

Considera el embarazo actual,  
aunque este sea el primero.

## 8.9 ¿Está actualmente embarazada?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....  1  
 NO.....  2  
 No responde.....  8

## 8.10 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?

ANOTA NÚMERO

 

No responde.....88

Considera el embarazo actual,  
aunque este sea el primero.

## ENTREVISTADOR:

- SI LA INFORMANTE ESTÁ EMBARAZADA Y ES EL PRIMER EMBARAZO  
 ( SI 8.9=1 Y 8.10=01 O SI 8.7 =2 Y 8.10=01) → PASA A 8.29



### 8.11 De estos embarazos ¿cuántos han sido...

LEE Y ANOTA CON NÚMERO

a) abortos?.....

b) nacidos muertos?..

c) nacidos vivos?..... Si es uno o más, pregunta 8.11a; si es 00, pasa a 8.29

### 8.11a ¿Cuántos han fallecido...

LEE Y ANOTA CON NÚMERO

d) antes de cumplir un año de edad?.....

e) después de cumplir un año de edad?.....

### ENTREVISTADOR:

- SI TIENE AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO QUE NO HA FALLECIDO → CONTINÚA
- SI NO TIENE HIJOS NACIDOS VIVOS O FALLECIERON ANTES O DESPUÉS DE CUMPLIR UN AÑO → PASA A 8.29

### 8.12 Ahora le voy a preguntar por su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) y que sigue vivo(a). ¿En qué día, mes y año nació?

ANOTA CON NÚMERO

Día Mes Año

No responde ..... 88 88 8888

No recuerda día, mes, año ..... 99 99 9999

### ENTREVISTADOR:

- SI LA FECHA DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO ES ENTRE 2013 (ÚLTIMOS 5 AÑOS) A LA FECHA → CONTINÚA
- SI NACIÓ ANTES → PASA A 8.22

### 8.13 En total, ¿cuántas veces la revisaron durante su último embarazo?

ANOTA CON NÚMERO

Número

Nunca la revisaron.....00 → Pasa a 8.18

No recuerda .....99

Si la revisó más de un personal de salud, anota el número de veces del personal más calificado.

### 8.14 ¿Quién la revisó la mayoría de las veces durante su embarazo?

CRUZA HASTA DOS CÓDIGOS

Médico .....	1
Enfermera(o).....	2
Promotor(a), auxiliar o asistente de salud.....	3
Partera profesional técnica .....	4
Partera tradicional o empírica .....	5
Otro personal de salud.....	6
No recuerda.....	9

**8.15 ¿En qué institución o lugar la revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo?**

CRUZA UN CÓDIGO

Seguro Social (IMSS).....	01	Consultorios dependientes de	
ISSSTE.....	02	farmacias.....	09
ISSSTE Estatal.....	03	Consultorio, clínica u hospital privado..	10
Pemex.....	04	Casa de la partera.....	11
Defensa/SEDENA.....	05	Casa de la entrevistada.....	12
Marina.....	06	Otro lugar ( <i>especifica</i> ).....	13
Centro de Salud u Hospital			
de la SSA (Seguro Popular).....	07		
IMSS Prospera.....	08	No sabe / No recuerda.....	99

**8.16 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?**

ANOTA CON NÚMERO

Meses

--	--

No responde.....88

No recuerda .....89

**8.17 Durante el embarazo, cuando visitó al médico, enfermera o algún otro personal de salud, ¿al menos una vez...**

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
a) la midieron (talla)? .....	1	2	9
b) la pesaron? .....	1	2	9
c) le tomaron la presión arterial? .....	1	2	9
d) le realizaron examen(es) general(es) de orina? .....	1	2	9
e) le realizaron examen(es) de sangre? .....	1	2	9
f) le midieron su nivel de azúcar en sangre? .....	1	2	9
g) le realizaron la prueba de detección de Sífilis (VDRL)? .....	1	2	9
h) le realizaron la prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? .....	1	2	9
i) le hicieron un ultrasonido? .....	1	2	9
j) la vacunaron contra el Tétanos? .....	1	2	9
k) le mandaron ácido fólico? .....	1	2	9
l) le mandaron vitaminas, hierro, o algún suplemento alimenticio? .....	1	2	9
m) le ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)? .....	1	2	9
n) le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo? .....	1	2	9
ñ) le enseñaron o explicaron cómo dar a su bebé leche materna? .....	1	2	9
o) le midieron la panza (fondo uterino)? .....	1	2	9

### 8.18 ¿Quién la atendió de su parto?

CRUZA UN CÓDIGO

Médico.....	1
Enfermera(o).....	2
Promotor(a), auxiliar o asistente de salud.....	3
Partera profesional técnica.....	4

Partera tradicional o empírica .....	5
Otro personal de salud.....	6
Otro.....	7
Nadie.....	8
No recuerda.....	9

### 8.19 ¿En dónde la atendieron de su parto?

CRUZA UN CÓDIGO

Seguro Social (IMSS).....	01
ISSSTE.....	02
ISSSTE Estatal.....	03
Pemex.....	04
Defensa/SEDENA.....	05
Marina.....	06
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular).....	07
IMSS Prospera.....	08

Consultorios dependientes de farmacias.....	09
Consultorio, clínica u hospital privado.....	10
Casa de la partera.....	11
Casa de la entrevistada.....	12
Otro lugar (específica).....	13
No recuerda.....	99

### 8.20 ¿Tuvo alguna complicación durante...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
el embarazo?.....	1	2
el parto?.....	1	2

ENTREVISTADOR: SI SON CÓDIGO 2, PASAA 8.22

### 8.21 Durante su último embarazo o parto, ¿le dijeron que tuvo...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
a) la presión alta?.....	1	2	9
b) amenaza de aborto?.....	1	2	9
c) azúcar alta en sangre o diabetes?.....	1	2	9
d) anemia?.....	1	2	9
e) una infección urinaria?.....	1	2	9
f) una infección de transmisión sexual?.....	1	2	9
g) infección por VIH o SIDA ?.....	1	2	9
h) alguna otra enfermedad o padecimiento?..	1	2	9
i) preeclampsia o eclampsia?.....	1	2	9
j) sangrado vaginal abundante o hemorragia?..	1	2	9

	SÍ	NO	NR
k) parto obstruido?.....	1	2	9
l) mala posición del bebé?.....	1	2	9
m) parto prematuro?.....	1	2	9
n) complicaciones debido a una enfermedad que ya tenía? (como diabetes, presión alta, etc.). ...	1	2	9

**8.22 ¿Su último parto fue ...**

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

normal (vaginal)?.....

cesárea por urgencias? .....

cesárea programada?.....

**8.23 Inmediatamente después del nacimiento, ¿le pusieron a su último(a) hijo(a) directamente sobre la piel desnuda de su pecho?**

MUESTRA LA TARJETA 05 Y CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....

NO.....

No recuerda.....

**8.24 ¿Cuánto pesó al nacer su hijo(a)?**

ANOTA CON NÚMERO

Kilos   gramos   

No lo(a) pesaron.....0000

No recuerda.....9999

CRUZA EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE INFORMACIÓN

De la cartilla del niño o de otro documento.....

Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....

No sabe.....

**8.25 ¿Cuántos meses amamantó a su hijo(a)?**

ANOTA CON NÚMERO

Tiempo   Periodo 

Nunca le dio pecho.....00 0

Aún le da pecho.....88 8

No recuerda.....99 9

Periodo

Días.....1

Meses.....2

**8.26 En la primera semana después del parto de su último(a) hijo(a), ¿algún profesional de la salud le dio información sobre...**

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
a) signos y síntomas de hemorragia? .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
b) signos y síntomas de la preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto) .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
c) signos y síntomas de infecciones?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
d) signos y síntomas de trombosis o coágulos?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
f) nutrición?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
g) lactancia materna? .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
h) higiene, sobre todo lavado de manos? .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
i) métodos anticonceptivos?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
j) signos y síntomas de la depresión postnatal o postparto? .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
k) la importancia de que el bebé duerma boca arriba?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

**8.27 Después del nacimiento de su hijo(a), ¿le proporcionaron un método anticonceptivo antes de salir del hospital o del lugar donde la atendieron?**

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....

NO.....

No recuerda.....

} Pasa a 8.29

### 8.28 ¿Qué método anticonceptivo le proporcionaron?

CRUZA UN CÓDIGO

Condón o preservativo masculino.....	01
Condón femenino.....	02
Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....	03
Pastillas o píldoras.....	04
Inyecciones.....	05
Parche anticonceptivo.....	06
Dispositivo, DIU o aparato.....	07
Implantes, tubos o norplant.....	08
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	09
Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....	10

Operación masculina o vasectomía.....	11
Otro ( <i>específica</i> ).....	12
Ninguno.....	13
No recuerda.....	99

### 8.29 En los últimos 12 meses, ¿ha recibido consulta médica para atenderse o recibir tratamiento para...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
a) Virus del Papiloma Humano (VPH)?.....	1	2	8
b) verrugas genitales?.....	1	2	8
c) gonorrea? .....	1	2	8
d) sífilis?.....	1	2	8
e) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.....	1	2	8

### 8.30 ¿Le han realizado una prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No responde.....	8

} Pasa a filtro antes de 8.32

### 8.31 ¿Conoce el resultado de la prueba?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No responde.....	8

#### ENTREVISTADOR:

• SI ES MUJER → CONTINÚA

• SI ES HOMBRE → PASA A SECCIÓN IX

### 8.32 En los últimos 12 meses, ¿ha tomado ácido fólico?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ .....	1
NO .....	2
No recuerda .....	9

## SECCIÓN IX. VACUNACIÓN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 A 59 AÑOS (ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS, PASA A 9.14)

Le preguntaré por todas las vacunas que le han aplicado a partir de los 20 años, considere las aplicadas en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en su casa.

#### 9.1 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud (Hombre o Mujer de 20 a 59 años), el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?

REVISY Y CRUZA UN CÓDIGO

Sí mostró la Cartilla Nacional de Salud

(Hombres o Mujeres de 20 a 59 años), y tiene información.....  } Pasa a 9.9

Tiene documento probatorio o comprobante.....  } Pasa a 9.4

Sí la tiene, pero no la mostró.....  } Pasa a 9.4

No tiene cartilla.....  } Pasa a 9.3

Sí mostró la cartilla, pero no tiene información .....  } Pasa a 9.3

#### 9.2 ¿Por qué no tiene la cartilla?

CRUZA UN CÓDIGO

No se la han dado.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

La extravió.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

No le han dado la reposición.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

No la tiene disponible en este momento.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

Vivienda afectada por sismo u otro

desastre natural.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

Otra.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

No sabe.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

#### 9.3 ¿Por qué no tiene información registrada en su cartilla?

CRUZA UN CÓDIGO

No se ha vacunado .....  } Pasa a Sección X

Se vacunó, tiene documento probatorio o

comprobante, pero no lo mostró.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

No sabe / No responde.....  } Pasa a filtro antes de 9.4

### PARA ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS QUE NO MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO

ENTREVISTADOR: SI ES ADULTO DE 40 AÑOS O MÁS → PASA A 9.6

#### 9.4 Desde sus 20 años de edad, ¿le han aplicado la vacuna contra el Sarampión y la Rubéola (SR)? ( para personas entre 20 a 39 años)

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....  } Pasa a 9.6

NO.....  } Pasa a 9.6

No sabe / No recuerda.....  } Pasa a 9.6

#### 9.5 ¿Cuántas veces se la han aplicado?

ANOTA NÚMERO

Número

No sabe / No recuerda.....9

**9.6 En los últimos 10 años, ¿le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 

1
2
9

 } Pasa a 9.8

NO.....

No sabe / No recuerda.....

**9.7 ¿Cuántas veces se la han aplicado?**

ANOTA NÚMERO

Número 

--

No sabe / No recuerda.....9

**9.8 A partir de septiembre del año pasado y hasta el día de hoy, ¿le han aplicado la vacuna contra la Influenza?**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 

1
2
9

 } Pasa a Sección X

NO.....

No sabe / No recuerda.....

**PARA ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS QUE MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO**

**ENTREVISTADOR:** TRANSCRIBE DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. SI TIENE EL DATO ESCRITO CON LÁPIZ, LA INFORMACIÓN NO DEBE ANOTARSE.

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS Sí..... 1 NO..... 2	B) Fecha de aplicación			C) Institución que aplicó la vacuna	
				Día	Mes	Año			
<b>9.9 Sarampión y Rubéola (SR)</b> (Los que no han sido vacunados o tienen esquema incompleto, hasta los 39 años de edad)	Sin antecedente vacunal	Primera	Al primer contacto						
		Segunda	4 semanas después de la primera						
	Con esquema incompleto	Dosis única	Al primer contacto						
<b>9.10 Td</b> (Tétanos y Difteria)	Con esquema completo	Refuerzo	Cada 10 años						
	Con esquema incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial						
		Segunda	1 mes después de la primera dosis						
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis						
<b>9.11 Tdpa</b>	Única		A partir de la semana 20 del embarazo						
<b>9.12 Influenza Estacional</b> (De septiembre de 2017 a la fecha)	Personas con factores de riesgo		Anual						
	Embarazadas	Única	Cualquier trimestre del embarazo						
<b>9.13 Otras Vacunas</b> Anota textual el nombre como aparezca en la Cartilla o el Documento probatorio o comprobante									

CÓDIGOS INSTITUCIONALES

Seguro Social (IMSS)..... 01	Marina .....06	Escuela..... 11
ISSSTE..... 02	Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07	Otro lugar (especifica) .....12
ISSSTE Estatal..... 03	IMSS Prospera .....08	
Pemex ..... 04	Consultorios dependientes de farmacias ..09	
Defensa ..... 05	Consultorio, clínica u hospital privado..... 10	No sabe / No recuerda .....99

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS

Le preguntaré por todas las vacunas que le han aplicado a partir de los 60 años, considere las aplicadas en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en su casa.

9.14 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor, el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?

REVISY Y CRUZA UN CÓDIGO

Sí mostró la Cartilla Nacional de Salud (Adultos mayores de 60 años o más), y tiene información.....	1	} Pasa a 9.22
Sí mostró documento probatorio o comprobante.....	2	
Sí la tiene, pero no la mostró.....	3	→ Pasa a 9.17
No tiene cartilla.. ..	4	→ Pasa a 9.16
Sí mostró la Cartilla, pero no tiene información .....	5	

9.15 ¿Por qué no tiene la cartilla?

CRUZA UN CÓDIGO

No se la han dado.....	1	} Pasa a 9.17	Vivienda afectada por sismo u otro	5	} Pasa a 9.17
La extravió.....	2		desastre natural.....	6	
No le han dado la reposición.....	3		Otra.....	9	
No la tiene disponible en este momento.....	4		No sabe.....		

9.16 ¿Por qué no tiene información registrada en su cartilla?

CRUZA UN CÓDIGO

No se ha vacunado .....	1	→ Pasa a Sección X
Se vacunó, tiene documento probatorio o comprobante, pero no lo mostró.....	2	
No sabe.....	9	

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS QUE NO MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO

9.17 ¿Le han aplicado la vacuna contra el Neumococo?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	} Pasa a 9.19
NO.....	2	
No sabe / No recuerda.....	9	

9.18 ¿Cuántas veces le han aplicado la vacuna contra el Neumococo?

ANOTA NÚMERO

Número   
No sabe / No recuerda.....9



**9.19 ¿Le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....    } Pasa a 9.21  
 NO.....  
 No sabe / No recuerda.....

**9.20 ¿Cuántas veces se le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?**

ANOTA NÚMERO

Número   
 No sabe / No recuerda.....9

**9.21 A partir de septiembre del año pasado y hasta el día de hoy, ¿le han aplicado la vacuna contra la Influenza?**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....    } Pasa a Sección X  
 NO.....  
 No sabe / No recuerda.....

**PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS QUE MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO**

**ENTREVISTADOR:** TRANSCRIBE DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. SI TIENE EL DATO ESCRITO CON LÁPIZ, LA INFORMACIÓN NO DEBE ANOTARSE.

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS Sí..... 1 NO.... 2	B) Fecha de aplicación			C) Institución que aplicó la vacuna
					Día	Mes	Año	
<b>9.22 Neumocócica Polisacárida</b> (Neumonía por neumococo)	Única		A partir de los 65 años					
	Personas con factores de riesgo	Dosis Inicial	60 a 64 años de edad					
		Revacuación Única	Cinco años después de la dosis inicial					
<b>9.23 Td</b> (Tétanos y Difteria)	Con esquema completo	Refuerzo	Cada 10 años					
	Con esquema incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial					
		Segunda	1 mes después de la primera dosis					
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis					
<b>9.24 Influenza Estacional</b> ( De septiembre de 2017 a la fecha)	Una dosis		Anual					
<b>9.25 Otras Vacunas</b> Anota textual el nombre como aparezca en la Cartilla o el Documento probatorio o comprobante								

**CÓDIGOS INSTITUCIONALES**

Seguro Social (IMSS)..... 01	Marina..... 06	Escuela.....11
ISSSTE..... 02	Centro de Salud u Hospital de la SSA.... 07	Otro lugar ( <i>Especifica</i> ).....12
ISSSTE Estatal..... 03	IMSS Prospera..... 08	<input type="text"/>
Pemex..... 04	Consultorios dependientes de farmacias...09	
Defensa..... 05	Consultorio, clínica u hospital privado.....10	No sabe /No recuerda.....99

SECCIÓN X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

<p><b>10.1 Durante los últimos 12 meses, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para que le realizaran...</b></p> <p>SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, INICIA EN EL INCISO e</p> <p>CRUZA CÓDIGO EN CADA OPCIÓN</p> <p>1 SÍ → Aplica de 10.2 a 10.7</p> <p>2 NO → Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p><b>10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?</b></p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>1 IMSS Prospera 2 IMSS 3 Secretaría de Salud 4 Seguro Popular (SSA) 5 DIF, Cruz Roja, INI 6 ISSSTE, ISSSTE Estatal 7 Marina, Defensa, Pemex 8 Consultorio, clínica u hospital privado 9 Hospital civil 10 Institutos nacionales 11 Consultorios dependientes de farmacias 12 Otra institución 99 No sabe</p>	<p><b>10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?</b></p> <p>CRUZA UN CÓDIGO</p> <p>1 SÍ</p> <p>2 NO</p>	<p><b>10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?</b></p> <p>CRUZA UN CÓDIGO</p> <p>1 SÍ</p> <p>2 NO</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p><b>10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron?</b></p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>1 Positivo 2 Bien o Negativo 8 No responde 9 No sabe</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p><b>10.6 ¿Recibió tratamiento?</b></p> <p>CRUZA UN CÓDIGO</p> <p>1 SÍ</p> <p>2 NO</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p><b>10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?</b></p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>01 No hay dónde atenderse 02 Es caro 03 No tenía dinero 04 La unidad médica le queda lejos 05 Falta de confianza 06 Tratan mal 07 No tuvo tiempo 08 Fue, pero no lo(a) atendieron 09 Otra (específica) 99 No sabe</p>
--	--	--	--	---	---	---

PARA MUJERES

<p><b>a) prueba de papanicolaou?</b> (Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula / hisopo / cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio)</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p></p> <p></p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p></p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p></p> <p></p>
<p><b>b) prueba del virus del papiloma?</b> (El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz / útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio). MUESTRA TARJETA 09</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p></p> <p></p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p></p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p></p> <p></p>
<p><b>c) exploración clínica de los senos?</b> (El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas)</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p></p> <p></p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p></p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p></p> <p></p>

<b>10.1 Durante los últimos 12 meses, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para que le realizaran...</b>  <b>CRUZA CÓDIGO EN CADA OPCIÓN</b>  1 SÍ → Aplica de 10.2 a 10.7  2 NO → Pasa a siguiente prueba de detección	<b>10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?</b>  ANOTA UN CÓDIGO  1 IMSS Prospera 2 IMSS 3 Secretaría de Salud 4 Seguro Popular (SSA) 5 DIF, Cruz Roja, INI 6 ISSSTE, ISSSTE Estatal 7 Marina, Defensa, Pemex 8 Consultorio, clínica u hospital privado 9 Hospital civil 10 Institutos nacionales 11 Consultorios dependientes de farmacias 12 Otra institución 99 No sabe	<b>10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?</b>  CRUZA UN CÓDIGO  1 SÍ  2 NO	<b>10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?</b>  CRUZA UN CÓDIGO  1 SÍ  2 NO ↓ Pasa a siguiente prueba de detección	<b>10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron?</b>  ANOTA UN CÓDIGO  1 Positivo 2 Bien o Negativo 8 No responde 9 No sabe ↓ Pasa a siguiente prueba de detección	<b>10.6 ¿Recibió tratamiento?</b>  CRUZA UN CÓDIGO  1 SÍ ↓ Pasa a siguiente prueba de detección  2 NO	<b>10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?</b>  ANOTA UN CÓDIGO  01 No hay dónde atenderse 02 Es caro 03 No tenía dinero 04 La unidad médica le queda lejos 05 Falta de confianza 06 Tratan mal 07 No tuvo tiempo 08 Fue, pero no lo(a) atendieron 09 Otra (especifica) 99 No sabe
---	---	---	--	--	---	---

PARA MUJERES							
<b>d) detección de cáncer de mama?</b> (Mastografía) Se trata de una radiografía de sus senos. MUESTRA TARJETA 10	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/> <input type="text"/>

PARA MUJERES Y HOMBRES							
<b>e) detección de tuberculosis?</b> (análisis de flema o esputo).	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>f) detección de sobrepeso u obesidad?</b>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/> <input type="text"/>

PARA MUJERES Y HOMBRES ENTREVISTADOR: SI 3.1 =1 (DIABETES) → PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO							
<b>g) detección de diabetes?</b> (prueba del azúcar)	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/> <input type="text"/>

PARA MUJERES Y HOMBRES ENTREVISTADOR: SI 4.1 =1 (PRESIÓN ALTA) → PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO							
<b>h) detección de hipertensión?</b> (toma de presión arterial)	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/>	SÍ 1 NO 2	<input type="text"/> <input type="text"/>

<div>10.1 Durante los últimos 12 meses, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para que le realizaran...</div> <div>CRUZA CÓDIGO EN CADA OPCIÓN</div> <div>1 SÍ → Aplica de 10.2 a 10.7</div> <div>2 NO → Pasa a siguiente prueba de detección</div>	<div>10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?</div> <div>ANOTA UN CÓDIGO</div> <div>1 IMSS Prospera</div> <div>2 IMSS</div> <div>3 Secretaría de Salud</div> <div>4 Seguro Popular (SSA)</div> <div>5 DIF, Cruz Roja, INI</div> <div>6 ISSSTE, ISSSTE Estatal</div> <div>7 Marina, Defensa, Pemex</div> <div>8 Consultorio, clínica u hospital privado</div> <div>9 Hospital civil</div> <div>10 Institutos nacionales</div> <div>11 Consultorios dependientes de farmacias</div> <div>12 Otra institución</div> <div>99 No sabe</div>	<div>10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?</div> <div>CRUZA UN CÓDIGO</div> <div>1 SÍ</div> <div>2 NO</div>	<div>10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?</div> <div>CRUZA UN CÓDIGO</div> <div>1 SÍ</div> <div>2 NO</div> <div>Pasa a siguiente prueba de detección</div>	<div>10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron?</div> <div>ANOTA UN CÓDIGO</div> <div>1 Positivo</div> <div>2 Bien o Negativo</div> <div>8 No responde</div> <div>9 No sabe</div> <div>Pasa a siguiente prueba de detección</div>	<div>10.6 ¿Recibió tratamiento?</div> <div>CRUZA UN CÓDIGO</div> <div>1 SÍ</div> <div>Pasa a siguiente prueba de detección</div> <div>2 NO</div>	<div>10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?</div> <div>ANOTA UN CÓDIGO</div> <div>01 No hay dónde atenderse</div> <div>02 Es caro</div> <div>03 No tenía dinero</div> <div>04 La unidad médica le queda lejos</div> <div>05 Falta de confianza</div> <div>06 Tratan mal</div> <div>07 No tuvo tiempo</div> <div>08 Fue, pero no lo(a) atendieron</div> <div>09 Otra (específica)</div> <div>99 No sabe</div>	
PARA MUJERES Y HOMBRES ENTREVISTADOR: SI 6.4 O 6.6 =1 (COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS) → PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO							
<div>i) detección de colesterol o triglicéridos altos (examen de sangre)?</div>	<div>1</div> <div>2</div>	<div></div> <div></div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div></div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div></div> <div></div>
PARA HOMBRES							
<div>j) detección de cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)?</div>	<div>1</div> <div>2</div>	<div></div> <div></div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div></div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div></div> <div></div>
<div>k) prueba de tacto rectal para detectar cáncer de próstata?</div>	<div>1</div> <div>2</div>	<div></div> <div></div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div></div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div></div> <div></div>

## SECCIÓN XI. ACCIDENTES

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

#### 11.1 En los últimos 12 meses, ¿sufrió usted algún daño a su salud a causa de un accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....  → Pasa a Sección XII  
 NO.....

#### 11.2 ¿Cómo fue que se accidentó?

CRUZA UN CÓDIGO

Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....	<input type="text" value="01"/>	} Pasa a 11.4	Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....	<input type="text" value="13"/>	} Pasa a 11.5
Choque en motocicleta.....	<input type="text" value="02"/>		Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....	<input type="text" value="14"/>	
Choque o atropellamiento como ciclista.....	<input type="text" value="03"/>		Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos.....	<input type="text" value="15"/>	
Atropellado como peatón.....	<input type="text" value="04"/>		Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....	<input type="text" value="16"/>	
Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....	<input type="text" value="05"/>	} Pasa a 11.5	Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....	<input type="text" value="17"/>	
Caída a nivel de piso.....	<input type="text" value="06"/>		Exposición accidental a otros factores.....	<input type="text" value="18"/>	
Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....	<input type="text" value="07"/>		No sabe / No recuerda.....	<input type="text" value="99"/>	
Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc. ....	<input type="text" value="08"/>		} Pasa a Sección XII		
Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....	<input type="text" value="09"/>				
Exposición a corriente eléctrica, radiación.....	<input type="text" value="10"/>				
Exposición a humo o fuego.....	<input type="text" value="11"/>				
Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....	<input type="text" value="12"/>				

#### 11.3 ¿Llevaba puesto el cinturón?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....  } Pasa a 11.5  
 NO.....

#### 11.4 ¿Llevaba puesto el casco?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
 NO.....

#### 11.5 ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Hogar.....	<input type="text" value="01"/>
Escuela.....	<input type="text" value="02"/>
Trabajo.....	<input type="text" value="03"/>
Transporte público.....	<input type="text" value="04"/>
Vía pública.....	<input type="text" value="05"/>
Campo.....	<input type="text" value="06"/>
Antro, bar.....	<input type="text" value="07"/>
Centro recreativo o deportivo.....	<input type="text" value="08"/>
Establecimiento comercial.....	<input type="text" value="09"/>
Otro.....	<input type="text" value="10"/>
No sabe / No recuerda.....	<input type="text" value="99"/>

11.6 ¿En qué institución lo(a) atendieron cuando ocurrió el accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Seguro Social (IMSS).....	01	Consultorios dependientes de	
ISSSTE.....	02	farmacias.....	09
ISSSTE Estatal.....	03	Consultorio, clínica u hospital privado...	10
Pemex.....	04	Otro lugar ( <i>especifica</i> ).....	11
Defensa/SEDENA.....	05		
Marina.....	06		
Centro de Salud u Hospital		Ninguna .....	12
de la SSA (Seguro Popular).....	07	No sabe / No recuerda.....	99
IMSS Prospera.....	08		

11.7 Cuando sufrió el accidente, ¿estaba bajo los efectos de...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

alcohol?.....	1
drogas?.....	2
ambos?.....	3
No estaba bajo efectos del alcohol o drogas..	4
No responde.....	8

11.8 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Limitación o dificultad para moverse o		Dificultad para hablar .....	4
caminar (o lo hace con ayuda) .....	1	Dificultad para ver o ceguera.....	5
Limitación o dificultad para usar		Otra limitación física o mental .....	6
sus brazos y manos .....	2	Ningún problema .....	7
Dificultad para oír.....	3	No sabe .....	9

OBSERVACIONES:


## SECCIÓN XII. ATAQUE O VIOLENCIA

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

#### 12.1 En los últimos 12 meses, ¿sufrió usted algún daño a su salud por robo, agresión o violencia?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1	} Pasa a 12.7
NO.....	2	
No responde.....	8	

#### 12.2 ¿Qué fue lo que le pasó?

CRUZA HASTA TRES CÓDIGOS

Agresiones con sustancias .....	01	Envenenamiento u obstrucción de las	
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento.....	02	vías respiratorias por sustancias	
Herida por arma de fuego.....	03	u objetos calientes.....	08
Herida por arma punzocortante		Agresiones verbales.....	09
(cuchillos, navajas, etc.).....	04	Otro ( <i>específica</i> ).....	10
Empujón desde lugar elevado .....	05		
Golpes, patadas, puñetazos .....	06		
Agresión sexual.....	07	No responde.....	88

#### 12.3 ¿Cuál fue el principal motivo?

CRUZA EL CÓDIGO DEL MOTIVO MÁS IMPORTANTE

Robo o asalto .....	01	Violencia por novio(a) / pareja / esposo(a).....	08
Incidente de tránsito .....	02	Intento de homicidio.....	09
Riña con desconocidos.....	03	Otro ( <i>específica</i> ).....	10
Riña con conocidos.....	04		
Secuestro .....	05		
Detención .....	06	No responde.....	88
Violencia con familiares.....	07	No sabe / No recuerda.....	99

#### 12.4 ¿En qué lugar ocurrió el ataque o agresión?

CRUZA UN CÓDIGO

Hogar.....	01	Centro recreativo o deportivo.....	07
Escuela .....	02	Antro, bar.....	08
Trabajo .....	03	Establecimiento comercial.....	09
Transporte público.....	04	Otro ( <i>específica</i> ).....	10
Vía pública .....	05		
Campo.....	06	No sabe / No recuerda.....	99

12.5 ¿En qué institución lo(a) atendieron cuando ocurrió el ataque o agresión?

CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna.....

Seguro Social (IMSS).....

ISSSTE.....

ISSSTE Estatal.....

Pemex.....

Defensa/SEDENA.....

Marina.....

Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular).....

00

01

02

03

04

05

06

07

IMSS Prospera.....

Consultorios dependientes de farmacias.....

Consultorio, clínica u hospital privado.....

Otro lugar *(especifica)*.....

No sabe / No recuerda.....

08

09

10

11

99

12.6 Cuando sufrió el ataque o agresión ¿estaba usted bajo los efectos de...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

alcohol?.....

drogas?.....

ambos?.....

No estaba bajo efectos del alcohol o drogas..

No responde.....

1

2

3

4

8

12.7 ¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....

NO.....

No responde.....

1

2

8

Pasa a 12.8

12.7a ¿Con qué frecuencia lo ha pensado?

CRUZA UN CÓDIGO

Siempre o muy frecuentemente.....

Casi siempre .....

Algunas veces .....

Rara vez .....

No responde.....

1

2

3

4

8

12.8 ¿Alguna vez a propósito se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí, una vez.....

Sí, dos o más veces.....

Nunca .....

1

2

3

Pasa a Sección XIII

12.8a ¿Esto fue en los últimos 12 meses?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....

NO.....

No responde.....

1

2

8

OBSERVACIONES:



## SECCIÓN XIII. FACTORES DE RIESGO

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

#### 13.1 ¿Ha fumado usted por lo menos 100 cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
 NO.....   
 No sabe / No responde.....

#### 13.2 Actualmente ¿fuma tabaco...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

todos los días?.....  → Pasa a 13.5  
 algunos días?.....   
 no fuma actualmente?.....  → Pasa a 13.4  
 No responde.....  → Pasa a 13.9

#### 13.3 En el pasado, ¿ha fumado tabaco todos los días?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....  → Pasa a 13.5  
 NO.....  → Pasa a 13.6a  
 No responde.....  → Pasa a 13.9

#### 13.4 En el pasado, ¿ha fumado productos del tabaco...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

todos los días?.....  } Pasa a 13.7  
 algunos días?.....   
 nunca ha fumado?.....  } Pasa a 13.9  
 No responde.....

#### 13.5 ¿A qué edad comenzó a fumar productos del tabaco todos los días?

ANOTA CON NÚMERO

Edad

Antes de los 12 años.....   
 Antes de los 20 años.....   
 Después de los 20 años.....   
 Nunca ha fumado tabaco todos los días.....   
 No sabe / No recuerda.....

ENTREVISTADOR: SI EN 13.2 TIENE CÓDIGO 1, PREGUNTA 13.6;  
 SI ES CÓDIGO 2, PREGUNTA 13.6a

#### 13.6 En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma actualmente por día?

ANOTA NÚMERO

No sabe .....999

Cigarrillos por día  → Pasa a 13.8

#### 13.6a En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma por semana?

ANOTA NÚMERO

No responde .....888

No sabe .....999

Cigarrillos por semana  → Pasa a 13.8

#### 13.7 ¿Hace cuánto tiempo dejó definitivamente de fumar?

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA NÚMERO

Tiempo

Años.....    
 Meses.....    
 Semanas.....    
 Días.....    
 Menos de 1 día.....   
 No sabe / No recuerda.....

#### 13.8 Algunas marcas de cigarrillos tienen una cápsula en el filtro que, al romperse, da sabor al humo. ¿Alguna vez fumó un cigarrillo con cápsula de sabor?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
 NO.....  → Pasa a 13.9

#### 13.8a ¿Ha sido en los últimos 30 días?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....   
 NO.....

**13.9 Los cigarros electrónicos son cualquier producto que utiliza baterías u otros métodos para producir un vapor que puede contener nicotina. Se conocen, como “e-cigarrette”, “Vape-pen”, “e-shisha” y “e-pipes”.**

**¿Actualmente consume cigarros electrónicos...**

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

todos los días?.....	1	} Pasa a 13.11
algunos días?.....	2	
no consume actualmente?.....	3	
No responde.....	8	→ Pasa a 13.11

**13.10 ¿Alguna vez, aunque haya sido una vez, usó un cigarro electrónico?**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No responde.....	8

**13.11 ¿Actualmente toma?**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	→ Pasa a Sección XIV
NO.....	2	
Nunca ha tomado.....	3	

**13.12 Aproximadamente, ¿cuántas copas toma (tomaba) y con qué frecuencia?**

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA NÚMERO

Número

Diario.....	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semanal .....	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mensual .....	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ocasional.....	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No responde.....	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**13.13 ¿Durante cuánto tiempo ha bebido (o bebió) usted esa cantidad regularmente?**

ANOTA CON NÚMERO

Meses   Años

Menos de un mes.....01  
 No responde.....88  
 No sabe.....99

*ES HOMBRE, PREGUNTA:*

**13.14 Considerando todo tipo de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días, tomó cinco copas o más en una ocasión?**

*ES MUJER, PREGUNTA:*

**13.15 Considerando todo tipo de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días, tomó cuatro copas o más en una ocasión?**

MUESTRA TARJETA 04 Y ANOTA NÚMERO

Número

Actualmente ya no toma .....98  
 No responde.....88

## SECCIÓN XIV. FUNCIONAMIENTO

### PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

**14.1 ¿Usa anteojos o lentes de contacto? Incluya el uso de anteojos para leer.**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 

1
2

NO.....

**14.2 ¿Usa una prótesis auditiva?**

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 

1
2

NO.....

**Ahora le haré unas preguntas, y usted me responde una de las cuatro posibles respuestas que incluye esta tarjeta.**

#### ENTREVISTADOR:

- SI EL INFORMANTE USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO (14.1 =1) → PREGUNTA 14.3A Y PASA A FILTRO ANTES DE 14.4A
- DE LO CONTRARIO → PREGUNTA 14.3B

**14.3A Cuando usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver?**

**14.3B ¿Tiene dificultades para ver?**

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad..... 

1
2
3
4

Cierta dificultad.....

Mucha dificultad.....

Le resulta imposible ver.....

#### ENTREVISTADOR:

- SI EL INFORMANTE USA PRÓTESIS AUDITIVA (14.2=1) → PREGUNTA 14.4A Y PASA A 14.5
- DE LO CONTRARIO → PREGUNTA 14.4B

**14.4A Cuando usa su(s) prótesis auditiva(s), ¿tiene dificultad para oír?**

**14.4B ¿Tiene dificultades para oír?**

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad..... 

1
2
3
4

Cierta dificultad.....

Mucha dificultad.....

Le resulta imposible oír.....

**14.5 ¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones?**

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad..... 

1
2
3
4

Cierta dificultad.....

Mucha dificultad.....

Le resulta imposible caminar o subir escalones.....

**14.6 ¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?**

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad..... 

1
2
3
4

Cierta dificultad.....

Mucha dificultad.....

Le resulta imposible recordar o concentrarse.....

**14.7 ¿Tiene dificultad para el cuidado propio, tal como lavarse todo el cuerpo o vestirse?**

## MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad .....	1
Cierta dificultad .....	2
Mucha dificultad .....	3
Le resulta imposible encargarse de su autocuidado .....	4

**14.8 Usando su idioma cotidiano, ¿tiene dificultad para comunicar, por ejemplo, entendiendo a otros o hacerse entender?**

## MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad .....	1
Cierta dificultad .....	2
Mucha dificultad .....	3

**ENTREVISTADOR: PIDE TARJETA AL INFORMANTE**

ENTREVISTADOR: SI EL INFORMANTE ES MENOR DE 23 AÑOS, PASAA 14.10.

#### 14.9 ¿Recibió alguna transfusión sanguínea antes de 1995?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ .....	1
NO .....	2
No sabe / No recuerda.....	9

#### 14.10 ¿Algún médico le ha diagnosticado Hepatitis C?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí .....	1
NO .....	2
No sabe / No recuerda.....	9

**OBSERVACIONES:**