



“Carácter estrictamente confidencial y reservado. Ley 17622, art. 10: Las informaciones que se suministren a los organismos que integren el sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados únicamente en publicaciones de conjunto.”

Persona de 18 años y más
(a partir de los 18 años cumplidos)

Persona de 18 años y mas		
ID de la persona provisto en el sorteo		
Nombre Encuestador/a:		
Nombre Supervisor de Campo:		
Fecha de la encuesta		
Nombre del encuestado/a		
Fecha de nacimiento del encuestado/a		
El sexo de su nacimiento fue:		
Mujer		(1)
Varón		(2)
Intersex		(3)
NS/NC		(9)

Sr./a Encuestador/a: excepto que se indique lo contrario las preguntas se leen de izquierda a derecha. Las instrucciones para usted, que no deben ser leídas al encuestado/a, aparecen sombreadas.

Para evitar el cansancio en el encuestado, iniciar la entrevista con el R24H.

La antropometría podrá ser realizada en cualquier momento de la encuesta evaluando la disponibilidad o preferencia del encuestado /a. Si se encuentra trabajando en cuestionario papel, anote directamente las mediciones, si está trabajando con la Tablet, anote todas las mediciones en un papel y luego vuélquelas en el programa cuando se habilite la sección correspondiente.

Consentimiento Informado

Si el encuestado tiene 17 o más años firma el consentimiento por sí mismo.

Consentimiento en hoja aparte.

Recordatorio de 24 horas: Ahora vamos a registrar todo lo que comió y bebió en las últimas 24 horas.

R24H en hoja aparte.

BLOQUE 1. SALUD GENERAL												
Ahora le voy a hacer unas preguntas generales sobre su salud.												
1.1	En general, usted diría que su salud es:				1.2	¿Algún profesional de la salud le dijo alguna vez que tenía alguna de las siguientes enfermedades? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>						
	Excelente		(1)			SI (1)	NO (2)	NS/NC (9)				
	Muy buena		(2)		a) Diabetes							
	Buena		(3)		b) Enfermedad renal							
	Regular		(4)		c) Hipertensión o presión alta							
	Mala		(5)		d) Dislipemia, colesterol o triglicéridos altos							
	NS/NC		(9)		e) Anemia							
					f) Algún tipo de cardiopatía							
					g) Tiene colocada una sonda vesical?							
					h) Está transplantado/a de riñón?							
					i) Obesidad							
					j) EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)							
					k) Infarto							
					l) Cáncer							
					m) Leucemia							
								Otra enfermedad de larga duración, ¿cuál? <i>Completar con letra clara:</i>				
				1.3	¿Usted fuma actualmente?				1.4	¿Tiene usted alguna dificultad o limitación permanente para... <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	Si		(1)			ver, aún con anteojos o lentes puestos?		(1)				
	No		(2)			oir, aún cuando usa audífono?		(2)				
	NS/NC		(9)			caminar o subir escalones?		(3)				
						agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos?		(4)				
						entender y/o aprender?		(5)				
						No tiene ninguna dificultad o limitación permanente		(0) si es varón a bloque2				
1.5	¿Tiene usted certificado de discapacidad?											
	Si		(1)									
	No		(2)									
	NS/NC		(9)									
Sólo preguntar a quienes hayan declarado "mujer" como sexo de nacimiento y tengan hasta 55 años.												
1.6	¿Está usted actualmente embarazada?				1.7	¿Cuál fue la fecha de su última menstruación?						
	Si		(1)		____//____//____ (DD) (MM) (AA)							
	No		(2) <i>pasa a 1.8</i>									
	NS/NC		(9) <i>pasa a 1.8</i>									
					NS/NC (9)							

1.8	¿Se encuentra amamantando actualmente?		1.9	¿Cuántos meses tiene el bebé al que usted amamanta?	
	Si	(1)		_____ Meses	
	No	(2) <i>pasa a bloque 2</i>			
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 2</i>			
				NS/NC	(999)
BLOQUE 2. VACUNACIÓN Ahora voy a realizarle algunas preguntas sobre las vacunas que pudo haber recibido. Para responderme, puede ayudarse con un carnet de vacunación, si lo tiene.					
2.1	En los últimos 10 años, ¿Recibió una o más dosis de vacuna antitetánica (antitetánica monovalente, doble bacteriana o triple bacteriana)?		2.2	¿Sabría decirme cuál recibió? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>	
	Sí	(1)		antitetánica monovalente	(1)
	No	(2) <i>pasa a 2.4</i>		doble bacteriana	(2)
	NS/NC	(9) <i>pasa a 2.5</i>		triple bacteriana	(3)
				No	(0)
				NS/NC	(9)
2.3	¿Por qué motivo recibió la vacuna antitetánica? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2.5.</i>		2.4	¿Por qué motivo NO recibió la vacuna antitetánica? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>	
	Me pareció útil	(1)		Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en la utilidad de esta vacuna	(1)
	Me lo indicó el médico	(2)		Mi médico no me la mencionó	(2)
	Me lo recomendó un amigo/familiar	(3)		Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	(3)
	Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo	(4)		Mi médico me dijo que no me la aplique	(4)
	Me la aplicaron en el trabajo / escuela (y no soy personal de salud)	(5)		Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	(5)
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	(6)		NS/NC	(9)
	Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil	(7)		Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>	
	NS/NC	(9)			
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>				
2.5	¿Recibió alguna vez una vacuna contra hepatitis B?		2.6	¿Sabría decirme cuántas dosis recibió?	
	Sí	(1)		Sí, una dosis	(1)
	No	(2) <i>pasa a 2.8</i>		Sí, dos dosis	(2)
	NS/NC	(9) <i>pasa a 2.9</i>		Sí, tres dosis	(3)
				No	(0)
				NS/NC	(9)

2.7	¿Por qué motivo recibió la vacuna contra la hepatitis B? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2.9.</i>		
	Me pareció útil		(1)
	Me lo indicó el médico		(2)
	Me lo recomendó un amigo/familiar		(3)
	Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo		(4)
	Me la aplicaron en el trabajo / escuela (y no soy personal de salud)		(5)
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo		(6)
	Me enteré a través de los medios de comunicación que las vacunas son útiles		(7)
	NS/NC		(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
Si el encuestado/a tiene alguna cardiopatía (pregunta 1.2) y/o es fumador o y/o tiene 65 años o más y/o respondió al menos algún SI de los ítems i, j, k, l y/o m de la pregunta 1.2 debe responder las preguntas 2.9, 2.10, 2.11, y 2.12 según corresponda.			
2.9	¿Recibió en los últimos 5 años alguna dosis de vacuna contra neumococo (neumonía)?		
	Sí		(1)
	No		(2) <i>pasa a 2.12</i>
	NS/NC		(9) <i>pasa a 2.13</i>
2.11	¿Por qué motivo recibió la vacuna contra el neumococo? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2.13.</i>		
	Me pareció útil		(1)
	Me lo indicó el médico		(2)
	Me lo recomendó un amigo/familiar		(3)
	Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo		(4)
	Me la aplicaron en el trabajo / escuela (y NO soy personal de salud)		(5)
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo		(6)
	Me enteré a través de los medios de comunicación que las vacunas son útiles		(7)
	NS/NC		(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
2.8	¿Por qué motivo NO recibió la vacuna contra la hepatitis B? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en la utilidad de esta vacuna		(1)
	Mi médico no me la mencionó		(2)
	Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)		(3)
	Mi médico me dijo que no me la aplique		(4)
	Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño		(5)
	NS/NC		(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
2.10	¿Sabría decirme cuál recibió? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	Sí, vacuna conjugada 13 serotipos		(1)
	Sí, vacuna polisacárida 23 valente		(2)
	No		(3)
	NS/NC		(9)
2.12	¿Por qué motivo NO recibió la vacuna contra el neumococo? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en la utilidad de esta vacuna		(1)
	Mi médico no me la mencionó		(2)
	Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)		(3)
	Mi médico me dijo que no me la aplique		(4)
	Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño		(5)
	NS/NC		(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		

BLOQUE 2. VACUNACIÓN (continuación)			
2.13	Este año o el anterior ¿recibió una dosis de vacuna antigripal? <i>Preguntar a todos los encuestados que tienen 65 años o más y/o respondió al menos algún SI de los ítems i, j, k, l y/o m de la pregunta 1.2.</i>		
	Sí	(1)	
	No	(2) <i>pasa a 2.15</i>	
	NS/NC	(9) <i>pasa a 2.16</i>	
2.14	¿Por qué motivo recibió la vacuna antigripal? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2.16.</i>		2.15
	Me pareció útil	(1)	¿Por qué motivo NO recibió la vacuna antigripal? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>
	Me lo indicó el médico	(2)	Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en la utilidad de esta vacuna
	Me lo recomendó un amigo/familiar	(3)	Mi médico no me la mencionó
	Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo	(4)	Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)
	Me la aplicaron en el trabajo/ escuela (y NO soy personal de salud)	(5)	Mi médico me dijo que no me la aplique
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	(6)	Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño
	Me enteré a través de los medios de comunicación que las vacunas son útiles	(7)	NS/NC
	NS/NC	(9)	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
2.16	<i>Si el encuestado/a respondió alguna pregunta consultando el carnet de vacunación consigne "sí" y pase a bloque 3; si "no", pasa a 2.17. Sólo observe, no pregunte.</i>		2.17
	Si, utilizó carnet para responder	(1)	¿Tiene carnet de vacunación?
	No utilizó carnet para responder	(2)	Sí
			No
			NS/NC
			(9)

BLOQUE 3. PREVALENCIA DE CELIAQUÍA			
3.1	Alguna vez, ¿le diagnosticaron celiacía?		3.2
	Sí	(1)	Para el diagnostico de celiacía, ¿le realizaron una biopsia, es decir, un estudio que consiste en la toma de una muestra intestino delgado utilizando anestesia?
	No	(2) <i>pasa a bloque 4</i>	Sí
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 4</i>	No
			NS/NC
			(9)

3.3	¿Realiza la dieta especial para celiaquía?		3.4	Desde que fué diagnosticado/a, ¿con que frecuencia recibe asistencia alimentaria por celiaquía?	
	Sí	(1)		En forma continua	(1)
	No	(2)		No todos los meses	(2)
	NS/NC	(9)		Estoy tratando de gestionarla	(3) <i>pasa a bloque 4</i>
				Nunca recibí asistencia	(0) <i>pasa a bloque 4</i>
				NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 4</i>
3.5	¿Cuál de las siguientes asistencias alimentarias por celiaquía recibió? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>				
	Cobertura provista por la Obra Social o Prepaga				(1)
	Tarjeta para compra de alimentos provista por el Estado				(2)
	Módulo de alimentos provisto por el Estado				(3)
Otra, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>					

BLOQUE 4. ACTIVIDAD FÍSICA

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense primero en el tiempo que pasa en el **trabajo**, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.

En el trabajo. *Solo indagar en personas que trabajan actualmente según cuestionario socio-demográfico. Si no trabaja, pasa a 4.7*

4.1	¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar pesos, cavar o trabajos de construcción durante al menos 10 minutos consecutivos? <i>Son consideradas actividades físicas intensas aquéllas que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco.</i>	4.2	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo? <i>Una "semana típica" no se refiere a la media de varias semanas a lo largo de un período sino que hace referencia a una semana normal en la que una persona practica actividades intensas. Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i>
	Sí (1)	Número de días _____	
	No (2) <i>pasa a 4.4</i>		
	NS/NC (9) <i>pasa a 4.4</i>		
4.3	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? <i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta únicamente las actividades realizadas durante por lo menos 10 minutos consecutivos. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i>	4.4	¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar peso ligero durante al menos 10 minutos consecutivos? <i>Son consideradas actividades de intensidad moderada aquéllas que implican una ligera aceleración de la respiración y/o del ritmo cardíaco.</i>
_____, _____ Horas Minutos			Sí (1)
			No (2) <i>pasa a 4.7</i>
			NS/NC (9) <i>pasa a 4.7</i>

4.5	<p>En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>	4.6	<p>En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta únicamente las actividades realizadas durante por lo menos 10 minutos consecutivos. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>
<p>Número de días _____</p>		<p>_____, _____</p> <p>Horas Minutos</p>	

Para desplazarse

En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos hablado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de culto, etc.

4.7	<p>¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?</p>	4.8	<p>En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 75%;">(1)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td></td> <td>(2) <i>pasa a 4.10</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NS/NC</td> <td></td> <td>(9) <i>pasa a 4.10</i></td> </tr> </table>		Sí		(1)	No		(2) <i>pasa a 4.10</i>	NS/NC		(9) <i>pasa a 4.10</i>	<p>Número de días _____</p>	
Sí		(1)										
No		(2) <i>pasa a 4.10</i>										
NS/NC		(9) <i>pasa a 4.10</i>										

4.9	<p>En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta el tiempo total que pasa caminando o andando en bici para desplazamientos de 10 minutos o más. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>		
<p>_____, _____</p> <p>Horas Minutos</p>			

En el tiempo libre

Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría preguntarle sobre deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.

4.10	<p>¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como correr, jugar al fútbol] durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>Son consideradas actividades físicas intensas aquéllas que implican una aceleración importante de la respiración y/o del ritmo cardíaco.</i></p>	4.11	<p>En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 75%;">(1)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td></td> <td>(2) <i>pasa a 4.13</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NS/NC</td> <td></td> <td>(9) <i>pasa a 4.13</i></td> </tr> </table>		Sí		(1)	No		(2) <i>pasa a 4.13</i>	NS/NC		(9) <i>pasa a 4.13</i>	<p>Número de días _____</p>	
Sí		(1)										
No		(2) <i>pasa a 4.13</i>										
NS/NC		(9) <i>pasa a 4.13</i>										

4.12	<p>En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta el tiempo que pasa en su tiempo libre haciendo actividades físicas intensas por períodos de 10 minutos o más. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>											
<p>_____, _____</p> <p>Horas Minutos</p>												
4.13	<p>¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar de prisa, ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball, etc. durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>Son consideradas actividades de intensidad moderada aquellas que implican una ligera aceleración de la respiración y/o del ritmo cardíaco.</i></p>	4.14	<p>En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>									
<table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td></td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td></td> <td>(2) <i>pasa a 4.16</i></td> </tr> <tr> <td>NS/NC</td> <td></td> <td>(9) <i>pasa a 4.16</i></td> </tr> </table>		Si		(1)	No		(2) <i>pasa a 4.16</i>	NS/NC		(9) <i>pasa a 4.16</i>	<p>Número de días _____</p>	
Si		(1)										
No		(2) <i>pasa a 4.16</i>										
NS/NC		(9) <i>pasa a 4.16</i>										
4.15	<p>En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta el tiempo que pasa en su tiempo libre haciendo actividades físicas de intensidad moderada por períodos de 10 minutos o más. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>											
<p>_____, _____</p> <p>Horas Minutos</p>												
<p>Comportamiento sedentario</p> <p>La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado ante una mesa de trabajo, sentado con amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión por ejemplo, pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.</p>												
4.16	<p>¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?</p> <p><i>Tenga en cuenta el tiempo total que pasa sentado en una oficina, leyendo, viendo televisión, utilizando una computadora, etc. No incluya las horas que pasa durmiendo.</i></p>											
<p>_____, _____</p> <p>Horas Minutos</p>												

BLOQUE 5. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD									
Ahora le voy a realizar algunas preguntas sobre sus hábitos alimentarios									
5.1 Durante los últimos 7 días, indique cuántas veces realizó las siguientes comidas. <i>Consigne "0" si no realizó nunca esa comida.</i>									
5.1.1	Desayuno					5.1.2	Almuerzo		
_____ veces						_____ veces			
NS/NC (99)						NS/NC (99)			
5.1.3	Merienda					5.1.4	Cena		
_____ veces						_____ veces			
NS/NC (99)						NS/NC (99)			
5.1.5	Durante los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia consumió algún alimento o bebida fuera de las comidas principales?					5.1.6	Durante los últimos 7 días, ¿qué alimentos o bebidas consumió en esas ocasiones fuera de las comidas principales? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
Ningún día (0) <i>pasa a 5.1.7</i>						Golosinas, dulces, galletitas dulces, amasados de pastelería, facturas, cereales con azúcar (1)			
Algún día (1)						Pan blanco, galletitas saladas (2)			
Casi todos los días (2)						Pan y otros cereales integrales, semillas (3)			
Todos los días (3)						Productos de copetín o snacks salados (4)			
NS/NC (9) <i>pasa a 5.1.7</i>						Frutas (5)			
						Lácteos (leche, yogurt o quesos) (6)			
						Bebidas azucaradas (jugos, gaseosas, infusiones con azúcar, etc) (7)			
						Bebidas light, diet, cero azúcar (8)			
						NS/NC (9)			
5.1.7	Durante los últimos 7 días, ¿qué cantidad de veces consumió comidas elaboradas fuera del hogar? <i>Considere desayuno, almuerzo, merienda y cena. Aclaración: una vianda preparada en el hogar y consumida fuera del hogar no debe consignarse en esta sección, pero una vianda elaborada fuera del hogar (por ejemplo delivery), sí.</i>					5.1.8	¿Dónde fueron elaboradas esas comidas consumidas fuera del hogar? <i>Considere desayuno, almuerzo, merienda y cena. Marque todo lo que corresponda. Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
_____ veces						Comedor o buffet dentro del ámbito laboral (1)			
NS/NC (99)						Comedor comunitario (2)			
						Restaurante/Bar /Lugar de comida rápida (3)			
						Delivery/Rotiserías/Local de Comidas para llevar (4)			
						Otro (especificar) (5)			
						NS/NC (9)			
5.2	¿Hay algún alimento que por razones de religión, salud o decisión propia no consuma?					5.3	¿Puede indicarme cuál/cuáles alimento/s no consume? <i>Completar con letra clara.</i>		
Si (1)									
No (2) <i>pasa a 5.4</i>									
NS/NC (9) <i>pasa a 5.4</i>									

5.4	¿Con que frecuencia le agrega sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa?		5.5	¿Cuánta sal piensa que consume?
	Siempre	(1)		Mucho más de lo necesario
	A veces	(2)		La cantidad justa / lo necesario
	Nunca	(0)		Poca / menos de lo necesario
	NS/NC	(9)		Como sin sal
				NS/NC
				(9)
5.6	En general, cuando compra algún alimento envasado, ¿lee la tabla de composición nutricional del envase?		5.7	¿Le resulta comprensible esta información?
	No, nunca	(0) <i>pasa a 5.8</i>		No, nunca
	Algunas veces	(1)		Algunas veces
	Frecuentemente	(2)		Frecuentemente
	Siempre	(3)		Siempre
	NS/NC	(9) <i>pasa a 5.8</i>		NS/NC
				(9)
5.8	¿Considera que la elección de los alimentos que ingiere o compra se ve influenciada por lo que ve/escucha a través de la publicidad (TV, radio, revista, etc)?		5.9	Durante los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia compró algún alimento porque lo vio en alguna publicidad (TV, radio, revista, etc.)?
	No, nunca	(0) <i>pasa a 5.10</i>		Nunca
	Algunas veces	(1)		Algunas veces
	Frecuentemente	(2)		Frecuentemente
	Siempre	(3)		Siempre
	NS/NC	(9) <i>pasa a 5.10</i>		NS/NC
				(9)
5.10	Cuando usted compra un producto, ¿compara la información nutricional con otros productos?		5.11	Pensando en su alimentación habitual ¿Cuán saludable considera que es...?
	No, nunca	(0)		Muy saludable
	Algunas veces	(1)		Bastante saludable
	Frecuentemente	(2)		Poco saludable
	Siempre	(3)		Nada saludable
	NS/NC	(9)		NS/NC
				(9)
5.12	¿Con que frecuencia come usted acompañado/a?		5.13	En general, mientras come, ¿con que frecuencia mira pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet, etc?
	Nunca	(0)		Nunca
	Algunas veces	(1)		Algunas veces
	Casi siempre	(2)		Casi siempre
	Siempre	(3)		Siempre
	NS/NC	(9)		NS/NC
				(9)

BLOQUE 6. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS			
A continuación voy a preguntarle sobre el consumo de algunos alimentos			
6.1 En general, tomando como referencia los últimos tres meses, ¿cuántas veces al mes usted consumió...			
6.1.1	... leche, yogur y/o quesos?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.2	... frutas frescas (solas y/o en preparaciones)?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.3	... verduras (solas y/o en preparaciones) sin contar papa y batata?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.4	...papa, batata, cereales refinados como arroz blanco, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.5	...cereales integrales, legumbres (por ejemplo lentejas, garbanzos, porotos, arroz integral) y/o pan integral o de salvado?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.6	... embutidos y/o fiambres (jamón, salame, chorizo, salchicha, etc)?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.7	... carne roja (por ejemplo de vaca, chivo, cordero), carne de ave y/o huevos?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.8	... pescado fresco y/o enlatado?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)

6.1.9	... aceites vegetales (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y/o canola)?		6.1.10	... frutas secas sin salar (como maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) y/o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.)?	
Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
Entre 1 y 3 veces al mes		(1)	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
1 vez por semana		(2)	1 vez por semana		(2)
2 a 4 veces por semana		(3)	2 a 4 veces por semana		(3)
5 a 6 veces por semana		(4)	5 a 6 veces por semana		(4)
1 vez al día		(5)	1 vez al día		(5)
Entre 2 y 3 veces al día		(6)	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
Entre 4 y 5 veces al día		(7)	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
6 veces o más por día		(8)	6 veces o más por día		(8)
6.1.11	... productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.)?		6.1.12	... golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.)?	
Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
Entre 1 y 3 veces al mes		(1)	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
1 vez por semana		(2)	1 vez por semana		(2)
2 a 4 veces por semana		(3)	2 a 4 veces por semana		(3)
5 a 6 veces por semana		(4)	5 a 6 veces por semana		(4)
1 vez al día		(5)	1 vez al día		(5)
Entre 2 y 3 veces al día		(6)	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
Entre 4 y 5 veces al día		(7)	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
6 veces o más por día		(8)	6 veces o más por día		(8)
6.1.13	... facturas y/o productos de pastelería galletitas dulces, cereales con azúcar?		6.1.14	... productos congelados pre elaborados (nuggets de pollo, supremas, medallones, bastones de muzzarella, pizzas, empanadas, bocaditos de carne, papas fritas, etc.)	
Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
Entre 1 y 3 veces al mes		(1)	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
1 vez por semana		(2)	1 vez por semana		(2)
2 a 4 veces por semana		(3)	2 a 4 veces por semana		(3)
5 a 6 veces por semana		(4)	5 a 6 veces por semana		(4)
1 vez al día		(5)	1 vez al día		(5)
Entre 2 y 3 veces al día		(6)	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
Entre 4 y 5 veces al día		(7)	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
6 veces o más por día		(8)	6 veces o más por día		(8)
6.1.15	... bebidas artificiales sin azúcar (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)?		6.1.16	... bebidas artificiales con azúcar (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)?	
Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
Entre 1 y 3 veces al mes		(1)	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
1 vez por semana		(2)	1 vez por semana		(2)
2 a 4 veces por semana		(3)	2 a 4 veces por semana		(3)
5 a 6 veces por semana		(4)	5 a 6 veces por semana		(4)
1 vez al día		(5)	1 vez al día		(5)
Entre 2 y 3 veces al día		(6)	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
Entre 4 y 5 veces al día		(7)	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
6 veces o más por día		(8)	6 veces o más por día		(8)

6.1.17	... agua?			
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)	
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)	
	1 vez por semana		(2)	
	2 a 4 veces por semana		(3)	
	5 a 6 veces por semana		(4)	
	1 vez al día		(5)	
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)	
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)	
	6 veces o más por día		(8)	

BLOQUE 7. ANTROPOMETRÍA					
Ahora le vamos a tomar algunas medidas corporales. Para ello le pido que esté sin ropa de abrigo y sin calzado. <i>Evaluar la cantidad de ropa a retirar en función de las condiciones climáticas y habitacionales.</i>					
7.1	¿Cuánto cree usted que está pesando?		7.2	¿Cuánto piensa usted que mide?	
	_____Kg, _____gr			_____Centímetros	
7.3	Peso		7.4	Talla	
	_____Kg, _____gr			_____Centímetros	
	Especificar qué ropa tiene puesta:				
7.5	En caso de haber tenido algún inconveniente para pesar o medir encuestado/a, consigne qué sucedió:				
7.6	¿Cómo describiría su peso actual?		7.6	¿Cómo se siente en relación a tu peso?	
	Muy bajo	(1)		Estoy muy conforme	(1)
	Bajo	(2)		Estoy algo conforme	(2)
	Normal	(3)		Estoy algo desconforme	(3)
	Elevado	(4)		Estoy muy desconforme	(4)
	Muy elevado	(5)		No me preocupa mi peso	(5)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)
7.8	¿Cuándo fue la última vez que se pesó?		7.9	Durante el último año, ¿un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene que bajar de peso?	
	Menos de un año	(1)		Si	(1)
	Entre 1 año y 2 años	(2)		No	(2)
	Más de 2 años	(3)		NS/NC	(9)
	Nunca se ha pesado	(4)			

7.10	¿En estos momentos está haciendo algo para bajar de peso? (dieta, ejercicio)		7.11	¿En estos momentos está haciendo algo para mantener controlado su peso?	
	Si	(1)		Si	(1)
	No	(2)		No	(2)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)

¡Muchas gracias por su participación en esta encuesta!