

CUESTIONARIO

III ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

2016-2017

Folio

Nº de personas que componen el hogar

Orden

--	--

Nombre del entrevistado

--

Apellido Paterno

Apellido Materno

RUT

[illegible]

Fecha de nacimiento (si no sabe vea CI, si no tiene anote 30/06/del año adecuado para su edad)

--	--	--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

Edad

(en años)

Sexo

1. Hombre

2. Mujer

Teléfono fijo (si no

tiene anote 999999)

--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono móvil (si no

tiene anote 999999)

--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail (si no tiene anote 0)

--

Calle (si no tiene anote referencia)

© 2014 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved.

N° (si no tiene anote 0)

Observación

CONFIDENTIAL

Block (si no tiene anote 0)

Depto. (si no
tiene anote 0)

Nota: esta versión diagramada del cuestionario administrado en la ENS 2016-2017 es de uso excepcional, solo debe ser llenada en caso de no ser posible su aplicación en versión Tablet.

REGISTRO DE VISITAS AL HOGAR

V1. Nº Visita	V2. Fecha (dd/mm/aaaa)	V3. Hora (hh/mm)	V4. Disposición Anotar según código	V5. Rechazo Anotar según código
1	/ /	:		
2	/ /	:		
3	/ /	:		
4	/ /	:		

V6. Nombre encuestador	V7. Código encuestador	Observaciones

V8. Nº visita en que se logra la encuesta. Si se logra la encuesta, anotar el número de visita.	V9. Hora inicio entrevista	V10. Hora término entrevista
Nº visita:	:	:

CONTROL DE PROCESO

S1. Fecha	S2. Responsable	S3. Nombre responsable	S4. Código responsable	S5. Código responsable
a. / /	Encuestador	a.	a.	a.
b. / /	Supervisor	b.	b.	b.
c. / /	Codificador	c.	c.	c.
d. / /	Digitador	d.	d.	d.

RESERVADO SUPERVISIÓN

RESULTADO	Sí	No	CÓDIGOS DE DISPOSICIÓN. USAR PARA V4.
S6. Encuesta completa	1	2	1. Entrevista elegible
S7. Flujo lógico	1	2	231. Muerte del informante
S8. Letra legible	1	2	232. Informante impedido físico/mental para contestar
S9. Entrevistado idóneo	1	2	410. Fuera de muestra (ningún miembro corresponde a persona a encuestar)
			120. Entrevista parcial
			233. Problemas de idioma
			451. Empresa, oficina de gobierno u otra organización
			2. No entrevistado, elegible
			236. Otra razón elegible. Anotar.
			452. Instituciones (hospital, cárcel, asilo de anciano, etc.)

CÓDIGOS DE CARACTERIZACIÓN DEL RECHAZO. USAR PARA V5 EN CASO DE RESPUESTA 211 EN V4.

1. No tiene tiempo	6. Está aburrido de contestar encuestas	211. Se rechazó la entrevista	3. No entrevistado, elegibilidad desconocida	453. Dormitorio colectivo (militar, de trabajo, internado, etc.)
2. No está interesado	7. No confía en las encuestas	212. Se interrumpió la entrevista	311. No se envió a terreno	454. Vivienda en demolición, incendiada, destruida o erradicada
3. Por su privacidad no quiere entregar información personal ni familiar	8. Ha tenido malas experiencias por responder encuestas	223. Se impidió acceso a la vivienda	317. Área peligrosa o de difícil acceso	461. Vivienda particular desocupada
4. Por su seguridad no quiere entregar información personal ni familiar	9. La familia o pareja prohíbe contestar encuestas	224. Vivienda ocupada sin moradores presentes	318. No fue posible localizar la dirección	462. Vivienda de veraneo o de uso temporal
5. Nunca responde encuestas	10. No tiene beneficios por contestar encuestas	225. Informante no ubicable o no puede atender	390. Otra razón de elegibilidad desconocida. Anotar.	463. Otra razón no elegible. Anotar.

Bueno días, mi nombre es _____ soy Enfermera de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que viene a tomar los exámenes de la Encuesta Nacional de Salud. El día de hoy tengo agendada una cita con _____.

Enfermera, si la persona no se encuentra cierre la encuesta de forma parcial (código 225) e indague próxima disponibilidad de cita.

Si resultado en test PFEFFER en F1 es mayor o igual a 6 puntos (adultos mayores de 60 años) →

INT1. Al igual que en la primera visita, un familiar u otro cercano debe acompañarnos en esta entrevista.

m1p0. ¿El familiar o cercano puede acompañarnos en esta entrevista?

☐

1. Sí

☐

2. No

INT2. Si m1p0=2 → Enfermera: A pesar de no contar con un acompañante, Usted debe realizar de igual forma todos los exámenes. Anote en observaciones al final de la encuesta cualquier inconveniente que pudiera presentarse.

MÓDULO I: TOMA DE MUESTRA EXAMEN DE TSOD (TEST SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES)

Solo para entrevistados entre 50 y 75 años (inclusive), que tengan previsión de salud FONASA y que sean parte de la muestra de 3.700 casos.

m1p1. En la visita anterior, se entregó un frasco para toma de muestra de deposiciones. ¿Obtuvo muestra de deposición?

☐

1. Sí

→ Pasa a INT3

☐

2. No, rechazó

→ Pasa a INT4

☐

3. No, no pudo defecar

→ Pasa a INT4

INT3. Póngase guantes al recibir la muestra.

Pegue la etiqueta de deposición al frasco de forma vertical y guárdelo en una bolsa. Guarde la bolsa cerrada con un nudo dentro del cooler.

INT4. Enfermera pegue etiqueta al reverso del Formulario de Laboratorio.

MÓDULO I: TOMA DE MUESTRA ORINA

A todos los entrevistados

INT5. Tal como fue indicado en la visita anterior, le solicitamos a todos los participantes una muestra de orina.

Para esto, ahora le voy a entregar un vaso especialmente diseñado para recolectar la muestra de orina.

Usted debe colocar el segundo chorro de orina en el frasco, esto es, comienza a orinar en el WC, corta el chorro y luego coloca el frasco en sus genitales para recibir el segundo chorro en el frasco. Si es posible, intente llenar más de la mitad sin desbordar el vaso. Cuando ya tenga la muestra, me entrega el frasco.

NO LEER: Enfermera, tapa el frasco y guárdelo en el cooler a la espera del momento para llenar los tubos de orina (al final de la encuesta).

m1p2. ¿Obtuvo muestra de orina?

☐

1. Sí

→ Pasa a INT6

☐

2. No, rechazó

☐

3. No, no pudo orinar

Alternativa 3 → Repetir pregunta al final de la Encuesta m12p1

Indique al participante que es necesario tomar la muestra de orina al final de la encuesta, por lo que solicítele beber agua durante la entrevista.

INT6. Con los guantes puestos, reciba la muestra de orina. Guárdela dentro de la bolsa que venía el frasco dentro del cooler, a la espera del final de la entrevista.

MÓDULO I: TOMA DE MUESTRA AUTOTOMA VAGINAL

Solo para mujeres entre 24 y 47 años

INT7. El siguiente examen busca detectar el virus del papiloma humano y así prevenir el cáncer cérvico-uterino. Corresponde a una autotoma vaginal.

m1p3_1. Al menos una vez en su vida, ¿ha tenido relaciones sexuales, es decir, relaciones sexuales que impliquen penetración?

Mostrar  Tarjeta 4

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No → Pasa a INT 8_1
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m1p3_2. ¿Acepta realizarse la autotoma?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No. Especifique razón → Pasa a m1p8

m1p3_2_esp.

m1p4. ¿Usted se encuentra en su período menstrual o ha estado en su período menstrual en estos últimos 4 días?

- ☐ 1. Sí → Pasa a INT 8_1
- ☐ 2. No

m1p5. ¿Usted ha sido hysterectomizada?

Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

m1p6. ¿Tuvo relaciones sexuales en las últimas 48 horas (últimos dos días)?

- ☐ 1. Sí → Pasa a INT 8_1
- ☐ 2. No

m1p7. ¿Ha usado talco, cremas, colonias, jabones vaginales, óvulos vaginales o realizado duchas vaginales en las últimas 72 horas (últimos tres días)?

- ☐ 1. Sí → Pasa a INT 8_1
- ☐ 2. No

INT8_1. Enfermera, no realice el test. Explique al participante que no es necesario realizarlo y pegue etiqueta al reverso del formulario de laboratorio. Responda m1p8

INT8_2. NO LEER: Enfermera, tome cartilla con genitales femeninos y lea junto a la participante las instrucciones para tomar la muestra.

Resuelva todas las dudas que se le presenten.

m1p8. NO LEER: ¿Se tomó la muestra de hisopado vaginal?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No, rechazó la muestra
- ☐ 3. No, problema técnico
- ☐ 4. No, período menstrual
- ☐ 5. No, relaciones sexuales
- ☐ 6. No, talcos, cremas u otro
- ☐ 7. No, no ha iniciado actividad sexual

INT9. Reciba la muestra con los guantes puestos, pegue la etiqueta impresa correspondiente de forma vertical. Guarde dentro de una bolsa, luego de cerrarla introduzca la muestra al cooler.

INT10. Bote el guante utilizado para recibir muestras.

MÓDULO II: PRESIÓN ARTERIAL (M2) A TODOS LOS ENTREVISTADOS

INT11. A continuación, le voy a tomar la presión arterial. Para esto necesito que permanezca sentado y tranquilo durante 5 minutos. Relájese y respire profundo.

Mientras esperamos, le voy a hacer algunas preguntas.

m2p1. ¿Toma medicamentos para bajar la presión arterial?

- ☐ 1. Sí → Realizar microalbuminuria
- ☐ 2. No → Pase a m2p3
- ☐ -8888. No sabe → Pase a m2p3

m2p2. ¿Los tomó hoy?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No, me toca en otro horario
- ☐ 3. No, no los tomé

m2p3. ¿A qué hora se fumó el último cigarro hoy?

m2p3_1. Hora

-7777. No fuma

-6666. No ha fumado hoy

-5555. Fumó, pero no sabe a qué hora

-8888. No sabe

-9999. No responde

m2p3_2. Minuto

-7777. No fuma

-6666. No ha fumado hoy

-5555. Fumó, pero no sabe a qué hora

-8888. No sabe

-9999. No responde

m2p4. ¿Me podría decir si Ud. está tomando algún anti-coagulante o le ha diagnosticado un médico alguna enfermedad grave de la coagulación (hemofilia u otra)?

☐ 1. Toma anticoagulante

Verificar consentimiento, recuerde que puede quedar un hematoma mayor de lo habitual y que debe comprimir 10 minutos por reloj cuando realice la toma de muestra de sangre.

☐ 2. Tiene hemofilia u otra enfermedad grave

No puncionar. No debe hacerse módulo de examen de sangre

☐ 3. No tiene impedimento

m2p5_1. ¿A qué hora comió por última vez? (Ayuno)

Hora

-8888. No recuerda

Minuto

-8888. No recuerda

m2p5_2. ¿En la última media hora bebió algún trago o bebida que contenga alcohol?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No bebo
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m2p5_3. En la última media hora, ¿bebió café?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No bebo café
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m2p6. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de diabetes (*azúcar alta en la sangre*)?

- ☐ 1. Sí → Realizar microalbuminuria y HbA1C
- ☐ 2. No
- ☐ -8888. No sabe

INT12. Retire la ropa ajustada del brazo izquierdo para determinar el perímetro del brazo en el punto medio entre el acromion y el olécranon del codo.

m2p7. Medición de perímetro del brazo izquierdo.

m2p7_1. cm

m2p7_2. mm

Si es mayor a 31cm → pasar a m2p7a.

Si es menor o igual a 31cm → pasar a INT13

m2p7a. NO LEER. INSTRUCCIÓN: Debido a que el perímetro del brazo es mayor a 31cm se debe usar el brazalete especialmente ancho. ¿Cambió el brazalete?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

INT13. NO LEER Compruebe que hayan pasado los 5 minutos. RECUERDE esperar 2 minutos por reloj entre CADA medición.

1. Armar el equipo apagado.
2. Indicar al participante que se relaje y respire profundo 3 veces.
3. Recordar al participante que no debe hablar durante la medición.
4. El participante debe estar sentado con el brazo izquierdo apoyado sobre una mesa, sin hacer fuerza. El brazalete debe quedar a la altura del corazón.
5. Colocar el brazalete en la parte superior del brazo izquierdo, a modo que la flecha azul quede centrada en la parte interna del brazo y alineada con el dedo medio.
6. La parte inferior del brazalete debe quedar 2 cms. por encima del codo.
7. Palpar la arteria braquial para determinar dónde el pulso es más fuerte y sobre este punto, colocar la marca de la banda en la parte interior del brazo.
8. Ajustar el velcro firmemente.
9. El brazo izquierdo debe estar relajado, con la palma hacia arriba y no empuñando la mano.
10. Presionar el botón azul START y registrar los valores.

		Sistólica	Diastólica	Pulso
m2p8	1era Toma	m2p8_1	m2p8_2	m2p8_3
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-7777. Si marca error	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-8888. Si esta fuera de rango	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-9999. Si rechaza medición	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m2p9	2da Toma	m2p9_1	m2p9_2	m2p9_3
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-7777. Si marca error	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-8888. Si esta fuera de rango	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-9999. Si rechaza medición	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m2p10	3ra Toma	m2p10_1	m2p10_2	m2p10_3
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-7777. Si marca error	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-8888. Si esta fuera de rango	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-9999. Si rechaza medición	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INT14. Conducta inmediata: Si 3a toma mayor o igual a 180/110: Ir a Protocolo de Situaciones de Emergencia (ver Manual de Enfermera)

m2p11a. NO LEER: Ingrese promedios

Si Promedio de

PAS: mayor o igual a 140 o promedio

PAD: mayor o igual 90mmhg

Realizar microalbuminuria

Si cualquier medición de Presión Arterial es -9999

Realizar microalbuminuria

OBSERVACIONES

[illegible]

MÓDULO II.1: GRIP STRENGTH TEST

Aplicar solo a adultos de 60 años o más de la Región Metropolitana

INT16. Ahora le voy a aplicar un test de fuerza muscular en una de sus manos.

Explique cómo aplicar este test y la postura que debe tener, según lo indicado en su manual de Enfermera.

Luego debe explicar el test.

mgstp1. ¿Usted cree que es capaz de realizarlo?

☐

1. Sí

☐

2. No. Explique razón

→ Pase a módulo siguiente

mgstp1_esp.

No leer: Pedir al participante que le muestra las manos.

mgstp2. *No leer:* ¿Observa algún tipo de limitación en las manos?

☐

1. Sí. Especifique

☐

2. No

mgstp2_esp.

mgstp3. ¿Usted es...?

☐

1. Zurdo

☐

2. Diestro

☐

3. Ambidiestro

INT17. Antes de comenzar el test, verifique que el entrevistado no tenga joyas que le puedan molestar durante el examen. Si es así, pídale que se las quite. Solicite además al participante que precaliente sus manos sacudiéndolas 3 veces, y que flexione y estire sus dedos 3 veces. Muéstrole con un ejemplo.

El participante debe estar de pie, con los pies separados al ancho de la cadera y los dedos apuntando hacia adelante, el codo flexionado en 90 grados y la muñeca neutral.

Indicarle que inhale y al exhalar indique: "Apriete tan fuerte como pueda, ...¡más fuerte!,...¡más fuerte!, ...relaje".

Al apretar el instrumento, la mano no debe tocar el cuerpo y debe mantenerse erguido.

Debe hacerle saber al participante si al apretar se agacha.

El valor que se registra corresponde al indicado por la aguja de punta roja en la escala exterior (kg) que va entre 0 y 90.

Antes de cada medición debe asegurarse que ésta marque el 0. Para ello, gire en sentido contrario a las agujas del reloj la perilla que se encuentra al centro del visor.

Realizar 3 mediciones con una pausa de 30 segundos entre cada medición.

Registrar medición de la mano dominante.

Si es diestro, registrar la medición de la mano derecha.

Si es zurdo, registrar medición de la mano izquierda.

Si es ambidiestro registrar de la mano derecha.

Mano (izquierda o derecha dependiendo de lo que responde en pregunta anterior)		
mgstp4	Medición 1	<input type="text"/>
mgstp5	Medición 2	<input type="text"/>
mgstp6	Medición 3	<input type="text"/>

MÓDULO III: EXAMEN DE SANGRE (M4)

Solo si m2p4 es distinto de 2.

INT18. Ahora queremos evaluar el nivel de azúcar en su sangre. Para ello, le voy a hacer un pequeño pinchazo en su dedo índice o anular.

NO LEER: Enfermera explique en qué consiste el examen y el procedimiento.

1. Utilice guantes.
2. Encienda el equipo y verifique que el código que aparece en pantalla coincida con el del frasco de las tiras reactivas.
3. Saque una tira y tape el frasco de tiras.
4. Introduzca la tira en el equipo. Al hacerlo aparecerá la imagen de una gota parpadeando.
6. Limpie la zona a puncionar. El dedo debe estar seco antes de puncionar.
7. Realizar el pinchazo utilizando las lancetas y apretando el botón disparador.
8. Apretar el dedo para que salga una gotita de sangre y acercar la gota reactiva a la gota de sangre hasta que el equipo la aspire iniciando la medición.
9. Registre el resultado.
10. Deseche la tira utilizada.

Si m2p4 = 1:

INT19. Enfermera, recuérdale que puede quedar un hematoma mayor de lo habitual y que debe comprimir 10 minutos por reloj.

Si m2p4 = 2:

INT20. Enfermera, a usted no le corresponde realizar la toma de muestra de sangre, ya que el participante indicó que tiene hemofilia u otra enfermedad grave de la coagulación.

m3p1. Resultado Hemoglucotest

Resultado
mg/dl

-8888. Error

-9999. No se hizo o rechazó

-4444. Resultado Low

-6666. Resultado High

Mín 10 - Máx 600

m3p2. NO LEER: Responder de acuerdo a resultado anterior. ¿HGT Mayor o igual a 100?

☐
☐
☐

1. Sí

2. No

3. No se hizo el HGT

→ Marcar Microalbuminuria y HbA1C

INT21. Si es mayor o igual a 400. Referir al servicio de urgencia con interconsulta correspondiente.

INT22. Si el HGT fue entre 200 y 399 mg/dl → Recomendar acudir al centro asistencial en los próximos 3 días.

INT23. Si HGT menor que 70 mg/dl → Se sugiere dar a beber agua con azúcar y recomendar acudir a un centro asistencial en los próximos 3 días.

Si presenta además sudoración, palidez, temblor o taquicardia, derivar al servicio de urgencia más cercano en ambulancia, adjuntando interconsulta correspondiente. Recuerde que si existe compromiso de conciencia, NO debe dar líquidos (agua con azúcar) o alimento dulce al participante.

INT24. Ahora le voy a tomar una muestra de sangre mediante una punción venosa.

NO LEER: Enfermera, explique al participante el procedimiento.

1. Lávese las manos con agua y jabón.
2. Colóquese guantes.
3. Pídale al participante que muestre el brazo derecho para elegir la mejor vena.
4. Puncionar al participante solo cuando haya palpado correctamente la vena.
5. Siguiendo las instrucciones del manual, asegurarse que al hacer el pinchazo la aguja debe estar alineada con la dirección de la vena.
7. Recuerde siempre llenar en orden los tubos: AMARILLO-LILA-GRIS

m3p3. ¿Acepta la toma de muestra de sangre?

☐
☐
☐

1. Sí

2. No, rechazó la punción

3. No, problema técnico

→ Pase a m3p4

→ Pase al siguiente módulo

→ Pase a m3p3e

m3p3_esp. ¿Cuál problema técnico?

→ Pase al siguiente módulo

INT25. NO LEER: Enfermera recuerde contar las etiquetas para saber cuántos tubos amarillos, lila y gris debe tomar.

* Luego de recolectar la muestra, rellene los siguientes tubos.

* Recuerde que el orden de los tubos no se puede alterar.
AMARILLO-LILA-GRIS

INT26. Si pregunta $m2p6=1$ o $m3p2=1$ → Enfermera a Usted le corresponde tomar el TUBO LILA HbA1C en el orden correspondiente.

INT27. Si $m2p6 \neq 1$ y $m3p2 \neq 1$ → Enfermera pegue la etiqueta TUBO LILA HbA1C al reverso del Formulario de Laboratorio, ya que a Usted NO le corresponde llenar este tubo.

m3p4. Hora de toma de sangre

Hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

m3p4a. ¿Ingresó hora a Formulario De Laboratorio (FDL)?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

m3p5. SEROTECA ENS/ISP tubo amarillo

- ☐ 1. Muestra tomada
- ☐ 2. No corresponde tomar la muestra
- ☐ 3. No pudo ser tomada. Comente

m3p5_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p6. Tubo amarillo Proteg

Solo RM

- ☐ 1. Muestra tomada
- ☐ 2. No corresponde tomar la muestra
- ☐ 3. No pudo ser tomada. Comente

m3p6_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p6_1. Química tubo amarillo

Todas las Regiones excepto RM

- ☐ 1. Muestra tomada
- ☐ 2. No corresponde tomar la muestra
- ☐ 3. No pudo ser tomada. Comente

m3p6_1_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p7. SARAMP tubo amarillo

- ☐ 1. Muestra tomada
- ☐ 2. No corresponde tomar la muestra
- ☐ 3. No pudo ser tomada. Comente

m3p7_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p8. Vitamina D tubo amarillo

- ☐ 1. Muestra tomada
- ☐ 2. No corresponde tomar la muestra
- ☐ 3. No pudo ser tomada. Comente

m3p8_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p9. ARCH tubo amarillo

- ☐ 1. Muestra tomada
- ☐ 2. No corresponde tomar la muestra
- ☐ 3. No pudo ser tomada. Comente

m3p9_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p10. Tubo lila HbA1C

☐
☐
☐

1. Muestra tomada
2. No corresponde tomar la muestra
3. No pudo ser tomada. Comente

m3p10_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p11. Tubo lila Hemoglobina

☐
☐
☐

1. Muestra tomada
2. No corresponde tomar la muestra
3. No pudo ser tomada. Comente

m3p11_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p12. Tubo lila Plomo ISP

☐
☐
☐

1. Muestra tomada
2. No corresponde tomar la muestra
3. No pudo ser tomada. Comente

m3p12_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

m3p13. Tubo gris

☐
☐
☐

1. Muestra tomada
2. No corresponde tomar la muestra
3. No pudo ser tomada. Comente

m3p13_esp. ¿Por qué no se tomó muestra?

INT28. ENFERMERA: etiquete de forma vertical cada uno de los tubos, con la etiqueta correspondiente.

Recuerde que debe guardar en forma separada los tubos AMARILLOS, LILAS Y GRIS.

Debe cerrar las bolsas, y guardarlas en el cooler evitando el contacto con las unidades refrigerantes.

Complete todos los campos requeridos en el FDL (Nombre, Rut, Fecha)

Por cada tubo, debe registrar en el FDL su estado: Muestra tomada, no corresponde ser tomada o no pudo ser tomada.

Recuerde pegar las etiquetas de los tubos primarios no tomados, al reverso del formulario de laboratorio.

INT29. Cuando tome la muestra TUBO AMARILLO PROTEG además de pegar la etiqueta de forma vertical al tubo, DEBE protegerlo de la luz cubriendo completamente el tubo con el papel aluminio proporcionado.

Este tubo se toma a todos los participantes independiente de la edad y sexo. Siempre se debe proteger de la luz.

JAMÁS pegue la etiqueta sobre el papel aluminio.

No se olvide de guardar en la misma bolsa este tubo junto con los otros tubos amarillos.

MÓDULO IV: MEDIDAS CORPORALES (M5)

INT30. Ahora le voy a tomar algunas medidas corporales, como su peso y talla.

NO LEER:

- La pesa debe estar en una superficie lisa, plana y firme, sin alfombra.
- El participante se debe sacar los zapatos, quedándose con pantalón y camisa.
- El participante se debe subir a la pesa erguido, con los pies ligeramente abiertos y los brazos a ambos lados del cuerpo, mirando al frente y sin moverse.
- Anotar la cifra exacta, no aproximar. Entregar el dato con un decimal.

m4p1. Peso (Kg)

Kilos: m4p1_2

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

Gramos: m4p1_2

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

INT31. NO LEER: Para medir la talla el participante debe estar sin zapatos.

Se debe retirar pinches, cintillos, pañuelos o cualquier cosa que impida medir bien la talla.

El participante se debe colocar apoyado en la pared, mirando al frente, con los pies juntos, talones tocando la muralla, rodillas estiradas y mirada hacia el frente NO hacia arriba.

Asegurarse que los ojos estén en la misma línea que las orejas del participante. (Ver ilustración 27 del manual).

Pegar una cinta en la pared y marcar la altura utilizando la escuadra apoyada recta sobre la muralla.

Pedir al participante que expire y apriete los abdominales.

Usar muralla sin guardapolvos.

Anotar la cifra exacta en centímetros (ej. si mide 1 metro 57 centímetros anotar 157)

m4p2. Talla (cm)

Centímetros: m4p2_1

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

Milímetros: m4p2_2

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

INT32. NO LEER: Tras explicarle a la persona lo que se va a hacer, pedirle que se quite la ropa en la zona del abdomen.

Marcar el lugar donde se debe colocar la huincha, esto es, punto medio entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca, medida a nivel de la línea axilar media. (Ver ilustración 28 del manual).

Pedir al participante que relaje el abdomen espirando suavemente durante la medición.

Rodear la cintura con la huincha y comprobar que quede horizontal en la parte posterior y delantera.

Anotar el valor exacto, no aproximar.

m4p3. Circunferencia de Cintura (cm)

Incluir decimales

Centímetros: m4p3_1

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

Milímetros: m4p3_2

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

INT33. NO LEER: Tras explicar al participante la medición a realizar se debe sentar con las rodillas en ángulo recto y los pies apoyados en el suelo.

Rodee de forma horizontal la pantorrilla derecha con la huincha.

Debe buscar el máximo perímetro de pantorrilla, aflojando y tensando la cinta 3 o 4 veces sucesivamente en distintas alturas de la pantorrilla, sin dejar vacíos y sin comprimir el contorno.

m4p4. Circunferencia de pantorrilla (cm)

Centímetros: **m4p4_1**

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

Milímetros: **m4p4_2**

-7777. Error

-8888. Fuera de rango

-9999. Rechazo medición

Escribir decimales separados por coma

Rango Peso: mín 30 - máx 150

Rango Talla: mín 80 - máx 210

Rango Circunferencia de Cintura: mín 30 - máx 200

Rango Circunferencia de Pantorrilla: mín 20 - máx 100

MÓDULO V: EXAMEN SALUD BUCAL

INT 34. Ahora vamos a hacer una revisión de la salud de su boca. Es importante que se haya cepillado los dientes para realizar una evaluación adecuada.

m5p1. ¿Usted usa Prótesis dentales (removibles)?

1. Sí, prótesis superior → Pasa a INT34b

2. Sí, prótesis inferior → Pasa a INT34b

3. Sí, ambas → Pasa a INT34b

4. No, ninguna → Pasa a m5p3

INT34b. Ahora le voy a hacer un Examen Clínico, podría retirarse la(s) prótesis dental(es)

m5p3. NO LEER: Número total de dientes REMANENTES en el maxilar SUPERIOR

Si pone 0 m5p4 debe ser Si y m5p5= 0

Si m5p3 menor a 4 → m5p4= si

m5p4. NO LEER: ¿Falta algún diente sector anterior en el maxilar SUPERIOR?

1. Sí

2. No

m5p5. NO LEER: Número total de dientes CARIADOS en el maxilar SUPERIOR

m5p6. NO LEER: Número total de dientes REMANENTES en el maxilar INFERIOR

Si pone 0 m5p7 debe ser Si y m5p8 debe ser 0

si m5p6 menor a 4 → m5p7= Si

m5p7. NO LEER: ¿Falta algún diente sector anterior en el maxilar INFERIOR?

☐
☐

1. Sí
2. No

m5p8. NO LEER: Número total de dientes CARIADOS en el maxilar INFERIOR

INT35. ¿Podría volver a colocarse la(s) prótesis?

Solo si m5p4=1 y m5p1= 1 o 3

m5p9. SIN PREGUNTAR: ¿Se soluciona el problema de los dientes anteriores faltantes del maxilar SUPERIOR con la prótesis puesta? Esto es, ¿con la prótesis puesta, la persona tiene los 6 dientes del maxilar superior?

☐
☐

1. Sí
2. No

solo si m5p7 = 1 y m5p1 = 2 o 3

m5p10. SIN PREGUNTAR: ¿Se soluciona el problema de los dientes anteriores faltantes del maxilar INFERIOR con la prótesis puesta? Esto es, ¿con la prótesis puesta, la persona tiene los 6 dientes del maxilar inferior?

☐
☐

1. Sí
2. No

MÓDULO VI: ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS / RESPONDEN SOLO MUJERES

INT36. Ahora vamos a hacerle algunas preguntas respecto a algunos antecedentes ginecológicos.

NO LEER: Verificar que desde este momento en adelante se encuentren en un lugar tranquilo y sin personas cerca.

m6p1. ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?

Edad 0. Nunca ha tenido ☐
-8888. No recuerda ☐

m6p2. ¿Se ha hecho un Papanicolau o PAP alguna vez?

☐
☐

1. Sí
2. No → Pasa a m6p6

m6p3. En los últimos tres años, ¿se ha hecho el Papanicolau o PAP?

☐
☐
☐
☐
☐
☐

1. Sí, durante el último año
2. Sí, hace más de un año y hasta 2 años
3. Sí, hace más de 2 años y hasta 3 años
4. No
-8888. No sabe
-9999. No responde

m6p4. ¿Ha tenido algún Papanicolau o PAP malo o alterado? Malo o alterado se refiere a resultado "anormal"

☐
☐

1. Sí
2. No → Pasa a m6p6

m6p5. ¿Ha recibido algún tratamiento por ese PAP alterado? Malo o alterado se refiere a resultado "anormal"

☐
☐

1. Sí
2. No

m6p6. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?

☐
☐

1. Sí

2. No

→ Pasa a m6p8

m6p7. En los últimos tres años, ¿se ha hecho una mamografía?

☐
☐
☐
☐
☐
☐

1. Sí, durante el último año

2. Sí, hace más de un año y hasta 2 años

3. Sí, hace más de 2 años y hasta 3 años

4. No

-8888. No sabe

-9999. No responde

m6p8. ¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez en su vida? (incluir embarazos que terminaron en parto normal, parto prematuro, aborto, muerte fetal u otro problema)

☐
☐

1. Sí

2. No

→ Pasa a m6p12

m6p9. Número de embarazos: (incluir embarazos que terminaron en parto normal, parto prematuro, aborto, muerte fetal u otro problema)

Nº

Si es 0 pase a m6p12

m6p10. ¿Cuántos/as hijos/as nacidos vivos/as ha tenido Ud.? No superar el número de embarazos.

Nº

m6p11. ¿Cuántos embarazos terminaron en pérdidas, abortos espontáneos o no espontáneos?

No debe superar el número de embarazos

Nº

m6p11a. Fecha último parto

Incluir embarazos que terminaron en parto normal, parto prematuro, pérdidas, aborto, muerte fetal u otro problema.

Si no sabe o no recuerda, colocar 01/01/1900

Día Mes Año

m6p12. ¿Cuándo fue su última menstruación o regla?

m6p12_1. Mes

-8888. No sabe

-9999. No responde

m6p12_2. Año

-8888. No sabe

-9999. No responde

Si ha sido menor a un año, saltar a próximo módulo, si ha pasado un año o más → pasar a m6p15

Si no sabe o no responde mes o año → pasar a m6p13

m6p13. ¿Qué edad tenía cuando se le terminó/cortó definitivamente la menstruación o regla?

Edad

-8888. No sabe

-9999. No responde

Si ha sido menor a un año, saltar a próximo módulo, si ha pasado un año o más → pasar a m6p15

Si no sabe o no responde → pasar a m6p14

m6p14. ¿Podría indicarme aproximadamente entre qué edades se le terminó/cortó la menstruación o regla?

- ☐ 1. Antes de los 30 años
- ☐ 2. Entre los 30 y 40 años
- ☐ 3. Después de los 40 y antes de los 45 años
- ☐ 4. Después de los 45 y antes de los 50 años
- ☐ 5. Entre los 50 y antes de los 55 años
- ☐ 6. Después de los 55 años
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m6p15. ¿Cuál es la razón por la cual usted no ha tenido menstruación o regla en el último año?

- ☐ 1. Embarazo → *Pase siguiente módulo*
- ☐ 2. Lactancia (*amamantar/dar pecho*) → *Pase siguiente módulo*
- ☐ 3. Le sacaron el útero
- ☐ 4. Le sacaron el útero y también AMBOS ovarios
- ☐ 5. Recibió otro tratamiento que cortó su regla o menstruación (*dispositivo con hormonas, pastillas de hormonas permanentes*)
- ☐ 6. Recibió radioterapia o quimioterapia
- ☐ 7. Menopausia
- ☐ 8. Otra razón. Especifique
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m6p15_esp.

m6p16. ¿Alguna vez ha consultado a un médico o matrona por molestias relacionadas con su menopausia?


- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m6p17. Piense solo en los últimos 3 años ¿Un médico o matrona le ha dado consejos para llevar mejor su menopausia?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

MÓDULO VII: COSUMO DE ALCOHOL (M7)

INT37. LEER: ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de alcohol o bebidas con alcohol. No se extrañe si algunas preguntas se repiten o se parecen entre sí (estas apuntan a obtener distinta información). Estas preguntas son importantes para saber qué tipos de tragos toman los chilenos y en qué medida esto puede afectar la salud o interferir con algunos medicamentos. Trate de ser muy sincero y detallado en sus respuestas, puede estar seguro de que esta información no será entregada a otras personas.

NO LEER: Verificar que desde este momento en adelante se encuentren en un lugar tranquilo y sin personas cerca luego de *Mostrar*  Tarjeta 1

Por bebidas alcohólicas nos referimos al consumo de vino, chicha, pipeño, cerveza, pilsener, pisco, ron, vodka, tequila, gin, whisky, jerez, o cualquier combinación de éstas con bebidas (coca cola, fanta, tónica, etc.) o jugos.

Le llamaremos “vaso” o “trago” a las medidas típicas usadas en Chile como: (*Mostrar*  Tarjeta 1a y 1b)

m7p1. En el último año, ¿un médico o personal de salud le ha preguntado cuánto, qué cantidad, de alcohol bebe?

- ☐ 1. Sí, me ha preguntado
- ☐ 2. No, no me ha preguntado
- ☐ 3. No ha sido atendido por un médico o personal de salud en el último año

m7p2. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, en los últimos 12 meses?

Mostrar  Tarjeta 1a y Tarjeta 1b

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No → *Pasar a m7p7b y luego m7p9*

m7p3. En los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?

- ☐ 1. A diario
- ☐ 2. 5-6 días a la semana
- ☐ 3. 1-4 días a la semana
- ☐ 4. 1-3 días al mes
- ☐ 5. menos de una vez al mes

m7p4. Cuando bebe alcohol ¿Cuántos vasos (*tragos*) suele tomar en promedio al día?

Mostrar  Tarjeta 1c

Puede registrar fracciones de 0.5 por ejemplo si se toma medio vaso anotar 0.5

Si se toma un vaso y medio anotar 1.5

Para otra medida utilice el especifique, por ejemplo: Una caja de vino de un litro.

N° de vasos (tragos): -8888. No sabe
-9999. No responde
-4444. Otro valor. Especifique

m7p4_esp.

m7p5. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, en los últimos 30 días?

Mostrar  Tarjeta 1a y Tarjeta 1b

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No → *Pasar a m7p7a*

m7p6. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, en los últimos 7 días?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

m7p7a. En los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido la mayor cantidad de vasos (*tragos*) que se ha tomado (*en una misma ocasión teniendo en cuenta diferentes tipos de bebidas alcohólicas*)?

Mostrar  Tarjeta 1c

N° de vasos (máximo): -8888. No sabe
-9999. No responde

m7p7b. ¿Cuántos vasos o tragos cree Ud. que se habrá tomado una persona chilena de su edad y sexo en la última fiesta o reunión social?

Mostrar  Tarjeta 1c

N° de vasos (máximo): -8888. No sabe
-9999. No responde

solo hombres

m7p8a. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces se ha tomado 4 o más vasos (tragos) en una sola ocasión?

Mostrar  Tarjeta 1c

N° de veces:

-8888. No sabe

-9999. No responde

solo mujeres

m7p8b. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces se ha tomado 3 o más vasos (tragos) en una sola ocasión?

Mostrar  Tarjeta 1c

N° de veces:

-8888. No sabe

-9999. No responde

INT38. Ahora nos referiremos al último año

m7p9. ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?

1. Nunca

2. Una o menos veces al mes

3. De 2 a 4 veces al mes

4. 2 a 3 veces por semana

5. 4 o más veces por semana

→ Pasa a m7p17

m7p10a. ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?

Mostrar  Tarjeta 1c

1. 1 o 2

2. 3 o 4

3. 5 o 6

4. 7 a 9

5. 10 o más

No lea esta pregunta al entrevistado, anote el número exacto que corresponde a la m7p10a.
Si la persona le entrega un rango, anote el máximo.

m7p10b. ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?

N° exacto

Debe ser ≥ 1

m7p11a. ¿Qué tan seguido toma usted 3 o más tragos en una sola ocasión?

Mostrar  Tarjeta 1c

1. Nunca

2. Menos de una vez al mes

3. Mensualmente

4. Semanalmente

5. Todos los días o casi todos los días

m7p11b. ¿Qué tan seguido toma usted 4 o más tragos en una sola ocasión?

Mostrar  Tarjeta 1c

1. Nunca

2. Menos de una vez al mes

3. Mensualmente

4. Semanalmente

5. Todos los días o casi todos los días

m7p11c. ¿Qué tan seguido toma usted 5 o más tragos en una sola ocasión?

Mostrar  Tarjeta 1c

1. Nunca

2. Menos de una vez al mes

3. Mensualmente

4. Semanalmente

5. Todos los días o casi todos los días

m7p12. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Menos de una vez al mes
- ☐ 3. Mensualmente
- ☐ 4. Semanalmente
- ☐ 5. Todos los días o casi todos los días

m7p13. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Menos de una vez al mes
- ☐ 3. Mensualmente
- ☐ 4. Semanalmente
- ☐ 5. Todos los días o casi todos los días

m7p14. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Menos de una vez al mes
- ☐ 3. Mensualmente
- ☐ 4. Semanalmente
- ☐ 5. Todos los días o casi todos los días

m7p15. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Menos de una vez al mes
- ☐ 3. Mensualmente
- ☐ 4. Semanalmente
- ☐ 5. Todos los días o casi todos los días

m7p16. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Menos de una vez al mes
- ☐ 3. Mensualmente
- ☐ 4. Semanalmente
- ☐ 5. Todos los días o casi todos los días

m7p17. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herida debido a que usted había bebido alcohol?

- ☐ 1. No
- ☐ 2. Sí, pero no el curso del último año
- ☐ 3. Sí, en el último año

m7p18. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

- ☐ 1. No
- ☐ 2. Sí, pero no el curso del último año
- ☐ 3. Sí, en el último año

MÓDULO VIII: ENCUESTA DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS

INT39. Ahora vamos a hacer algunas preguntas respecto a síntomas digestivos.

m8p1. En los últimos 3 meses ¿Ha presentado malestar o dolor aquí?

Mostrar cuadrante 2 en  Tarjeta 2

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Sí, por 15 o menos días seguidos
- ☐ 3. Sí, por más de 15 días seguidos

m8p2. En los últimos 3 meses ¿Ha notado que sus deposiciones (*fecas, heces, caca*) sean negras como carbón o ha vomitado sangre?

Mostrar  Tarjeta 3a

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ -8888. No sabe

m8p3. En los últimos 3 meses ¿Ha notado sangre roja, fresca, al obrar o defecar?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ -8888. No sabe

m8p4. En los últimos 3 meses ¿Ha notado cambios permanentes en la frecuencia o consistencia de sus deposiciones (*fecas, heces, caca, al obrar o dar del cuerpo*)?

- ☐ 1. Sí, me puse estético (constipado, estreñimiento)
- ☐ 2. Sí, tengo tendencia a la diarrea
- ☐ 3. No
- ☐ -8888. No sabe

m8p5. ¿Le han hecho alguna vez en su vida una endoscopia digestiva alta?

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento que consiste en introducir un instrumento flexible a través de la boca para observar el esófago, el estómago y primera parte del intestino. El procedimiento es de corta duración (habitualmente dura menos de 5 minutos).

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No → Pasa a m8p7
- ☐ -8888. No sabe → Pasa a m8p7

m8p6. ¿Cuándo se hizo la última?

Año -8888. No sabe ☐
-9999. No responde ☐

m8p7. ¿Le han hecho alguna vez en su vida una colonoscopia?

Es un examen interno del colon (intestino grueso), empleando un instrumento llamado colonoscopio. El colonoscopio es una pequeña cámara adherida a una sonda flexible con la cual se examina el colon en toda su extensión.

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No → Pasa a m8p9
- ☐ -8888. No sabe → Pasa a m8p9

m8p8. ¿Cuándo se hizo la última?

Año -8888. No sabe ☐
-9999. No responde ☐

m8p9. ¿Le han hecho alguna vez en su vida una ecografía abdominal?

Una ecografía abdominal es un procedimiento imagenológico utilizado para examinar los órganos internos del abdomen, incluyendo el hígado, la vesícula biliar, el bazo, el páncreas y los riñones. Los vasos sanguíneos que van a algunos de estos órganos también se pueden evaluar empleando el ultrasonido. Por lo general, este procedimiento lleva menos de 30 minutos.

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No → Pasa a m811
- ☐ -8888. No sabe → Pasa a m811

m8p10. ¿Le encontraron cálculos a la vesícula en alguna de esas ecografías?

☐

1. Sí

☐

2. No

☐

-8888. No sabe

m8p11. ¿Ha sido operado de la vesícula, le han sacado la vesícula o los cálculos de la vesícula?

☐

1. Sí

☐

2. No

m8p12. ¿Con que frecuencia realiza las siguientes prácticas?

Mostrar  Tarjeta 3b

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca	No aplica
1. Me lavo las manos con agua y jabón antes de comer y preparar los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Al preparar o cocinar separo las carnes crudas (<i>vacuno, pollo y el pescado</i>) de los otros alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cocino o como carnes y huevos completamente cocidos (<i>hasta que el centro de la carne queda cocido y la yema queda dura</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mantengo los alimentos perecibles refrigerados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Consumo alimentos después de que su fecha de vencimiento pasó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

m8p13. ¿Durante la última semana, para tomar o cocinar ha consumido agua de pozos, vertientes o agua potable rural (APR)?

☐

1. Sí

→ Pasa a m8p14

☐

2. No

m8p14. ¿Dónde? (*refiérase a la última comuna donde lo hizo*)

MÓDULO IX: AUTOREPORTE DE ENFERMEDADES

Anote el número de la alternativa en A, C, D, E. Anote la edad en años en B

1. Sí
2. No
- 8888. No sabe

INT40. En la entrevista anterior se le preguntó por enfermedades en sus familiares, ahora le voy a preguntar por algunas enfermedades que Ud. tiene o ha tenido.

Enfermedades	A	B	C	D	E	F
	¿Alguna vez un doctor o médico le ha dicho que tiene o que padece de...? No → <i>Siguiente enfermedad</i> No sabe → <i>Pase a C</i>	¿A qué edad se lo diagnosticaron? -8888. <i>No Sabe</i> -9999. <i>No responde</i>	¿Alguna vez ha sido tratado por esto?	¿Alguna vez ha sido operado por esto?	¿Ha estado tomando algún medicamento o haciendo algún tratamiento para esto durante las últimas 2 semanas?	Para el caso de enfermedades 8, 13 y 13a. Especificar cuál o cuáles.
m9p1. Bocio, enfermedad a la tiroides hipertiroidismo o hipotiroidismo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p2. Cáncer de mama	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p3. Cáncer cervico uterino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p4. Cáncer de vesícula o vía biliar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p5. Cáncer gástrico o de estómago	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p6. Cáncer de colon o recto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p7. Cáncer de tiroides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p8. Otros tipos de cáncer (o tumor maligno, incluyendo leucemia y linfoma)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p8A_esp. ¿Qué otro cáncer?	<input type="text"/>					
m9p9. Osteoporosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p10. Várices en las piernas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p11. Migrañas o dolores de cabeza frecuentes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m9p12. Problemas benignos a la próstata o Hipertrofia prostática benigna	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

→ Solo mujeres

→ Solo mujeres

→ Solo hombres

	A	B	C	D	E	F
Enfermedades	¿Alguna vez un doctor o médico le ha dicho que tiene o que padece de...? No → <i>Siguiente enfermedad</i> No sabe → <i>Pase a C</i>	¿A qué edad se lo diagnosticaron? -8888. <i>No Sabe</i> -9999. <i>No responde</i>	¿Alguna vez ha sido tratado por esto?	¿Alguna vez ha sido operado por esto?	¿Ha estado tomando algún medicamento o haciendo algún tratamiento para esto durante las últimas 2 semanas?	Para el caso de enfermedades 8, 13 y 13a. Especificar cuál o cuáles.
m9p13. Alguna de las siguientes infecciones: <i>VIH/Sida o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Sífilis, Chancro, Gonorrea, Hepatitis B o C.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p13_esp. ¿Cuál?						
m9p13A_A. ¿Alguna otra infección de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p13A_A_esp. ¿Cuál?						
m9p14. Insuficiencia renal crónica o disminución de la función de sus riñones (<i>con o sin diálisis, con o sin trasplante</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p15. Cirrosis hepática, hígado graso o daño crónico al hígado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p16. Úlcera péptica, de estómago o duodeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p17. Bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p18. Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p19. Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p20. Artrosis de cadera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p21. Artrosis de rodilla	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p22. Insomnio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p23. Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m9p24. Pólipos colorrectales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

→ (Encuestador: Cuando conteste NO pasar a pregunta 13A)

MÓDULO X: INVENTARIO DE MEDICAMENTOS

INT41. Ahora me gustaría tomar nota de los medicamentos, remedios y otros tratamientos que usted está actualmente tomando o usando

Incluir todos los tratamientos que esté tomando: medicamentos (indicados por médico, otro profesional de la salud, u otro), remedios naturales, aspirina, laxantes, antiácidos, vitaminas, pastillas anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU), hormonas para la menopausia, ungüentos, complementos alimenticios, colirios, gotas para los ojos, entre otros.

m10p1. ¿Podría mostrarme los medicamentos y remedios que actualmente está tomando o usando?

☐

1. Sí

☐

2. No puede mostrarlos, pero los entregará verbalmente

☐

3. No puede mostrarlos y no recuerda ninguno

→ Pasa a m10p2a

☐

4. No toma medicamentos

→ Pasa a m10p2a

m10p1b. Número de medicamentos que está actualmente tomando

Nº

Rango (1-20)

OBSERVACIONES

	A	Ae	B	C		
	Código del medicamento	Anote el nombre comercial completo, presentación y laboratorio	Nº de unidades por presentación del medicamento. Si es jarabe u otro medicamento líquido indicar cantidad de ml. Si es crema indicar cantidad de gramos.	Dosis del medicamento		
				Unidades de consumo	nº veces al día	nº de días a la semana
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

-8888.
No sabe
-9999.
No responde

-8888.
No sabe
-9999.
No responde

-7777.
Solo en caso de emergencia
-8888.
No sabe
-9999.
No responde

8. Menos de una vez a la semana, de 1 a 7
9. Solo en caso de emergencia
-8888.
No sabe

	D		E	E1	F	F1
	¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua? Por ejemplo si lo usa hace un año dos meses, colocar 1 en campo años y 2 en campo mes. Si lo usa hace menos de un año, colocar 0 en el campo años e indicar la cantidad de meses en el campo mes.		¿Quién le indicó este medicamento?	Otro. Especifique	¿Dónde obtuvo este medicamento?	7a. Otro. Especifique
	Años	Meses				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
	-8888. No sabe -9999. No responde	-8888. No sabe -9999. No responde	1. Un médico general 2. Un médico psiquiatra. 3. Un médico de otra especialidad 4. Dentista 5. Matrona 6. Químico-Farmacéutico 7. Yo mismo 8. Otro. Especifique		1. Me lo dieron en el Consultorio, Hospital, red del sistema público 2. En farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio 3. Lo compré en farmacia en forma particular 4. Lo compré en otro lugar (feria, calle) 5. Me lo regaló un conocido 6. Me lo dieron por el AUGE (GES) 7. Otro. Especifique:	

m10p2. ¿Actualmente toma usted otros medicamentos naturales como hierbas o productos homeopáticos para el cuidado de la salud?

☐

1. Sí

☐

2. No puede mostrarlos, pero los entregará verbalmente

☐

3. No puede mostrarlos y no recuerda ninguno

→ Pasa a m10p3

☐

4. No toma medicamentos

→ Pasa a m10p3

m10p2b. Número de medicamentos que está actualmente tomando

Nº Rango (1-3)

	A Código del medicamento	Ae Anote el nombre comercial completo, presentación y laboratorio	B Nº de unidades por presentación del medicamento	C Dosis del medicamento		
				Unidades de consumo	nº veces al día	nº de días a la semana
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

-8888.
No sabe

-8888.
No sabe

-7777.
Solo en caso de emergencia

8. Menos de una vez a la semana

-9999.
No responde

-9999.
No responde

-8888.
No sabe

9. Solo en caso de emergencia

-9999.
No responde

-8888.
No sabe

Rango (1-500)

Rango (1-7)

	D				E		E1		F		F1	
	¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua?				¿Quién le indicó este medicamento?		Otro. Especifique		¿Dónde obtuvo este medicamento?		Otro. Especifique	
	Años		Meses									
1												
2												
3												

-8888.
No sabe

-8888.
No sabe

1. Un médico general
2. Un médico psiquiatra
3. Un médico de otra especialidad
4. Dentista
5. Matrona
6. Químico-Farmacéutico
7. Yo mismo
8. Otro. Especifique

-9999.
No responde

-9999.
No responde

1. Me lo dieron en el Consultorio, Hospital, red del sistema público
2. En farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio
3. Lo compré en farmacia en forma particular
4. Lo compré en otro lugar (feria, calle)
5. Me lo regaló un conocido
6. Me lo dieron por el AUGE (GES)
7. Otro. Especifique

m10p3. ¿Ud. toma actualmente algún otro medicamento, como por ejemplo, aspirina u otro medicamento para el dolor, laxantes, medicamentos para la gripe, medicamentos para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, pastillas anticonceptivas, hormonas para la menopausia, DIU (dispositivo intrauterino) o t de cobre, ungüentos o complementos alimenticios, colirios, gotas para los ojos, entre otros?

☐
☐
☐
☐

1. Sí

2. No puede mostrarlos, pero los entregará verbalmente

3. No puede mostrarlos y no recuerda ninguno

→ Pasa al siguiente módulo

4. No toma medicamentos

→ Pasa al siguiente módulo

	A Código del medicamento	Ae Anote el nombre comercial completo, presentación y laboratorio	B Nº de unidades por presentación del medicamento. Si es jarabe u otro medicamento líquido indicar cantidad de ml. Si es crema indicar cantidad de gramos.	C Dosis del medicamento					
				Unidades de consumo		nº veces al día		nº de días a la semana	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

-8888. No sabe
-9999. No responde

-8888.
No sabe
-9999.
No responde

-7777.
Solo en caso de emergencia
-8888. No sabe
-9999. No responde

8. Menos de una vez a la semana, de 1 a 7
9. Solo en caso de emergencia
-8888. No sabe

	D		E	E1	F	F1
	Años	Meses				
	¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua? <i>Por ejemplo si lo usa hace un año dos meses, colocar 1 en campo años y 2 en campo mes.</i> <i>Si lo usa hace menos de un año, colocar 0 en el campo años e indicar la cantidad de meses en el campo mes.</i>		¿Quién le indicó este medicamento?	Otro. Especifique	¿Dónde obtuvo este medicamento?	7a. Otro. Especifique
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
	-8888. No sabe -9999. No responde	-8888. No sabe -9999. No responde	1. Un médico general 2. Un médico psiquiatra. 3. Un médico de otra especialidad 4. Dentista 5. Matrona 6. Químico-Farmacéutico 7. Yo mismo 8. Otro. Especifique		1. Me lo dieron en el Consultorio, Hospital, red del sistema público 2. En farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio 3. Lo compré en farmacia en forma particular 4. Lo compré en otro lugar (feria, calle) 5. Me lo regaló un conocido 6. Me lo dieron por el AUGÉ (GES) 7. Otro. Especifique:	

MÓDULO XI: MEDICINA COMPLEMENTARIA (M11)

INT42. Ahora le voy a preguntar si ha usado algún tipo de medicina complementaria

Anote el número de la alternativa en A, B, C, D y E

1. Sí
2. No
3. No se atiende en el sistema público
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

	A	B	C	D	E
	¿Ha usado alguna vez en su vida? <i>Si es No pasa a siguiente medicina complementaria</i>	Durante el último año, ¿ha usado?	¿Se benefició o mejoró con la atención?	¿Existe la posibilidad de recibir esta terapia en su consultorio u hospital público?	¿Le agradaría que existiera la posibilidad en el consultorio u hospital público, de recibir este tipo de terapia?
m11p1_1. Acupuntura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m11p1_2. Terapia floral (Flores de Bach)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m11p1_3. Homeopatía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m11p1_4. Naturopatía (hierbas medicinales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m11p1_5. Reiki	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m11p1_6. Quiropraxia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m11p1_7. Otras medicinas complementarias. Especifique:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D y E se responden solo si A o B = 1

Solo responden B, C, D y E quienes respondan A = 1 o A = -8888

No responden C, D y E quienes respondan A = -8888 y B = 2

Solo responden D y E quienes respondan A = 1

Solo responden E quienes respondan D = 2 o D = -8888

m11p1_7_a_esp. ¿Cuál otra?

MÓDULO XII: SEXUALIDAD

VERIFICAR QUE SE ENCUENTREN EN UN LUGAR TRANQUILO Y SIN PERSONAS CERCA

INT43. Las siguientes preguntas son confidenciales y personales y le pido que para responder utilice estas tarjetas.

En cada una hay un número que señala las alternativas de respuesta.

Lea las alternativas de la tarjeta, y cuando haya escogido una respuesta, solo indíqueme el número de la alternativa que eligió.

No es necesario que lea la respuesta en voz alta.

No LEER: Enfermera: solo en el caso de que el participante no sepa leer, usted deberá leerle las preguntas y respuestas de forma discreta.

m13p1. Al menos una vez en tu vida, ¿has tenido relaciones sexuales, es decir, relaciones sexuales que impliquen penetración?

Mostrar  Tarjeta 4

- | | | |
|--------------------------|--------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí | → Pasa a m13p1b |
| <input type="checkbox"/> | 2. No | → Pasa a m13p9 |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe | → Pasa a m13p9 |
| <input type="checkbox"/> | -9999. No responde | → Pasa a m13p9 |

m13p1b. ¿Y las relaciones sexuales qué han implicado?

Mostrar  Tarjeta 5

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Penetración vaginal |
| <input type="checkbox"/> | 2. Penetración anal |
| <input type="checkbox"/> | 3. Ambas |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe |
| <input type="checkbox"/> | -9999. No responde |

m13p2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Mostrar  Tarjeta 6

A los que respondieron m13p1 = 1

Año -8888. No sabe ☐
-9999. No responde ☐

m13p3. ¿Usó preservativo o condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

Mostrar  Tarjeta 7

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <input type="checkbox"/> | 3. No recuerda |
| <input type="checkbox"/> | -9999. No responde |

m13p4. ¿Usó preservativo o condón la última vez que tuvo relaciones sexuales?

Mostrar  Tarjeta 8

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <input type="checkbox"/> | 3. No recuerda |
| <input type="checkbox"/> | -9999. No responde |

m13p5. ¿Ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?

Mostrar  Tarjeta 9

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <input type="checkbox"/> | 3. No recuerda |
| <input type="checkbox"/> | -9999. No responde |

→ Pasa a m13p7

m13p6. ¿Ha usado preservativo o condón en los últimos 12 meses?

Mostrar  Tarjeta 10

- ☐ 1. Siempre
- ☐ 2. A veces
- ☐ 3. Nunca
- ☐ 4. No recuerda
- ☐ -9999. No responde

m13p7. ¿Con cuántas personas distintas ha tenido relaciones sexuales en el transcurso de su vida?

Mostrar  Tarjeta 11

Número -8888. No sabe ☐
-9999. No responde ☐

m13p8. ¿Con cuántas personas distintas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

Mostrar  Tarjeta 12

Número -8888. No sabe ☐
-9999. No responde ☐

m13p9. ¿Se ha hecho el examen del VIH o Sida en los últimos 12 meses?

Mostrar  Tarjeta 13

- ☐ 1. Sí → Pasa a m13p9b
- ☐ 2. No → Pasa a m13p11
- ☐ -8888. No sabe → Pasa a m13p11
- ☐ -9999. No responde → Pasa a m13p11

m13p9b. ¿Conoce su resultado?

Mostrar  Tarjeta 14

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m13p10. ¿Por qué razón se hizo el examen del VIH o Sida?

- ☐ 1. Por sentirse en riesgo
- ☐ 2. Por mayor tranquilidad
- ☐ 3. Por inicio de una nueva relación de pareja
- ☐ 4. Por una donación de sangre
- ☐ 5. Por control de embarazo
- ☐ 6. Por una hospitalización/cirugía
- ☐ 7. Por problemas de salud
- ☐ 8. Para ingresar a un trabajo
- ☐ 9. Para contratar un seguro de salud complementario y/o catastrófico
- ☐ 10. Para ingresar a un Centro de Estudios / Instituciones de educación superior (institutos, Universidades, entre otros)
- ☐ 11. Otra. Especifique

m13p10_esp. Especifique. ¿Por qué otra razón se hizo el examen del VIH o Sida?

INT44. Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre VIH o Sida, cree usted que:

m13p11. Lea al encuestado cada pregunta y marque sí o no

Mostrar  Tarjeta 16

	1. Sí	2. No	-8888. No sabe	-9999. No responde
m13p11a. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y sin VIH o Sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m13p11b. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativo o condón cada vez que se mantienen relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m13p11c. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m13p11d. ¿Se puede adquirir el VIH por picaduras de mosquito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m13p11e. ¿Se puede adquirir el VIH por compartir alimentos con una persona con VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INT45. A continuación le voy a hacer una pregunta relacionada con orientación sexual.

Se entiende por Orientación sexual la atracción que una persona puede tener hacia personas del sexo opuesto (heterosexual), del mismo sexo (homosexual), o hacia hombres y mujeres (bisexual).

m13p12. ¿Cuál de estas alternativas define mejor su orientación sexual?

Tome esta tarjeta (Mostrar  Tarjeta 17) e indíqueme el número de la alternativa de su respuesta.

- ☐ 1. Heterosexual (atracción hacia personas del sexo opuesto)
- ☐ 2. Gay/lesbiana (atracción hacia personas del mismo sexo)
- ☐ 3. Bisexual (Atracción hacia personas de ambos sexos)
- ☐ 4. Otra orientación. Especifique
- ☐ -8888. No sabe
- ☐ -9999. No responde

m13p12_esp.

INT46. A continuación le voy a hacer una pregunta relacionada con identidad de género.

La identidad de género hace referencia a cómo la persona se siente o identifica respecto de su género (masculino o femenino), y esto puede concordar o no con su sexo biológico.

m13p13. En cuanto a su género, ¿Usted se identifica cómo?:

Tome esta tarjeta (Mostrar  Tarjeta 18) e indíqueme el número de la alternativa de su respuesta.

- ☐ 1. Masculino
- ☐ 2. Femenino
- ☐ 3. Otro. Especifique

m13p13_esp.

MÓDULO XIII: EXAMEN DE ORINA (M12)

INT47. Solo si no pudo orinar en el Módulo I
Tomar muestra en frasco tapa rosca azul

m12p1. ¿Obtuvo muestra de orina?

☐
☐
☐

1. Sí
2. No, rechazó
3. No, no pudo orinar

MÓDULO XIV: TUBOS DE ORINA

INT48. Enfermera, para saber cuáles tubos de orina debe llenar, revise las etiquetas impresas del participante. Debe llenar los tubos por completo, es decir, hasta que no fluya más líquido hacia el interior del tubo. Pegue las etiquetas en los tubos de forma vertical. Las etiquetas no utilizadas, debe pegarlas al reverso del Formulario de Laboratorio. Guarde todos los tubos en una bolsa y ciérrela con un nudo antes de guardarla en cooler. Asegúrese que las muestras no toquen las unidades refrigerantes al momento de almacenarlas.

INT49. Si (con hipertensión, m2p1 = 1) o (auto-reporte diabetes, m2p6 = 1) o (hemoglucotest $\geq 100\text{mg/dl}$, m3p1 ≥ 100) o (promedio PAS ≥ 140 ;) o (promedio PAD ≥ 90) → Enfermera debe llenar tubo de orina con etiqueta ORINA TUBO MAU ENS

INT50. Si no cumple condición anterior → Enfermera, pegue etiqueta ORINA TUBO MAU ENS al reverso del Formulario de laboratorio

Tubos de orina preparados

1. Muestra tomada
2. No corresponde tomar muestra
3. Muestra no pudo ser tomada. Comente:

m12p2. ORINA TUBO MAU ENS

☐

m12p2_esp.

m12p3. QUIMICA TUBO ORINA

☐

m12p3_esp.

m12p4. ORINA TUBO YODO ENS

☐

m12p4_esp.

m12p5. ORINA TUBO ARSÉNICO

☐

m12p5_esp.

m12p6. ORINA TUBO CADMIO

☐

m12p6_esp.

m12p7. ORINA TUBO MERCURIO

☐

m12p7_esp.

INSTRUCCIÓN FINAL

INT51. Una vez llenados todos los tubos, destape el frasco de orina y entregue el vaso con la orina restante al participante para que éste la elimine. La tapa debe ser entregada dentro de una bolsa como material cortopunzante al chofer.

INT52. Enfermera: pegar al reverso del Formulario de Laboratorio las etiquetas de tubos primarios no utilizadas (orina y sangre), doblar y depositar las etiquetas pequeñas (para alícuotas) en la bolsa junto con las muestras del participante.

CIERRE FORMULARIO 2 (CF2)

INT53. Si es el caso, reforzar indicaciones para situaciones de emergencia (ver anexo Protocolo de Situaciones de Emergencias). ¿Entregó alguna interconsulta para ir al servicio de urgencia?

1. Sí
2. No

INT54. Sus resultados le serán entregados próximamente (*plazo máximo: 3 meses*). Confirme la forma en que desea recibirlos. Le entregaré un comprobante de atención con instrucciones para retiro o reclamo de ellos.

INT55. Es posible que sea llamado(a) o visitado(a) por un supervisor que verifique los datos recogidos.

INT56. Es posible que sea citado para realizar algún examen o consulta médica adicional en algunos casos.

INT57. LE AGRADEZCO cordialmente su colaboración.

cf2_1. Se entregó comprobante de atención. ENC

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

cf2_2. Se entregó certificado para trabajo o estudios

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No, no requiere

cf2_3. ¿Dónde desea que le sean entregados los resultados de sus exámenes?

- ☐ 1. Por correo certificado en su domicilio. Especifique dirección.
- ☐ 2. Por correo electrónico. Indicar email.
- ☐ 3. Retira personalmente en SEREMI de salud.

Mensaje: Usted deberá llamar al Epidemiólogo de la SEREMI de Salud de su región para saber la dirección y el momento para retirarlos.

Anotar teléfono de la SEREMI en el certificado de atención.

obser2. Uso exclusivo de encuestadores/as y supervisores/as

Esta sección se ha creado especialmente para que registre cualquier situación que se escape a la planificación, así como también casos especiales con respecto a los informantes. En caso de que ello ocurra, detalle con la mayor minuciosidad posible la situación e informe a su supervisor/a



Centro UC
Encuestas y Estudios
Longitudinales

CUESTIONARIO
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
(ENS 2016 - 2017)