

Grupo	Pregunta	Respuesta
General	1. SEXO:	☒ hombre ☐ mujer
	2. ¿CUÁL ES SU RAZA?	☒ blanca ☐ negra ☐ amarilla ☐ mestiza ☐ indígena
	3. ¿CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?	06/09/1985
	4. ¿CUÁNTOS AÑOS COMPLETOS DE ESCUELA ESTUDIÓ UD.?	13.0
	5. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO QUE APROBÓ EN LA ESCUELA?	☐ primaria ☐ secundaria / técnico posprimaria ☐ preparatoria / vocacional / bachillerato / técnico postsecundaria ☒ licenciatura / especialidad / maestría / doctorado ☐ ninguno ☐ no sabe
Tos	6. ¿ACOSTUMBRA UD. A TENER TOS SIN QUE ESTÉ RESFRIADO(A)?	☐ Sí ☒ No
Flemas	8. ¿GENERALMENTE TIENE UD. FLEMAS QUE VIENEN DE SU PULMÓN O FLEMAS DIFÍCILES DE SACAR SIN QUE ESTÉ RESFRIADO(A)?	☐ Sí ☒ No
Chiflido en el pecho / Silbido / Sibilancia / Mauilido de gato	9. ¿HA TENIDO UD. SILBIDO O CHIFLIDO EN EL PECHO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	☐ Sí ☒ No
Falta de aire I	10. ¿TIENE UD. ALGÚN PROBLEMA QUE NO LE DEJE MOVERSE O CAMINAR, QUE NO SEA UN PROBLEMA DEL PULMÓN O DEL CORAZÓN?	☐ Sí ☒ No
	11. ¿SIENTE UD. QUE LE FALTA AIRE CUANDO CAMINA MÁS RÁPIDO EN UN CAMINO PLANO O EN UNA PEQUEÑA SUBIDA?	☐ Sí ☒ No
	11A. ¿TIENE UD. QUE CAMINAR MÁS LENTO EN UN CAMINO PLANO QUE LAS PERSONAS DE SU EDAD A CAUSA DE LA FALTA DE AIRE?	☒ Sí ☐ No
	12. ¿ALGUNA VEZ EL MÉDICO LE HA DICHO A UD. QUE TIENE ENFISEMA EN LOS PULMONES?	☐ Sí ☒ No
	13. ¿ALGUNA VEZ EL MÉDICO LE HA DICHO A UD. QUE TIENE ASMA, BRONQUITIS ASMÁTICA O BRONQUITIS ALÉRGICA?	☐ Sí ☒ No
Falta de aire II	14. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL MÉDICO LE HA DICHO QUE UD. TIENE BRONQUITIS CRÓNICA?	☐ Sí ☒ No
	15. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL MÉDICO LE HA DICHO QUE UD. TIENE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)?	☐ Sí ☒ No
	16. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, TOMÓ UD. CUALQUIER MEDICINA PARA SUS PULMONES O PARA SU RESPIRACIÓN?	☐ Sí ☒ No
	18. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA, UN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE HA PEDIDO QUE SOPLE EN UN APARATO PARA CONOCER LA FUNCIÓN DE SU PULMÓN (LLAMADO ESPIRÓMETRO O PICO DE FLUJO)?	☒ Sí ☐ No
	18A. ¿HA UTILIZADO UD. ESE APARATO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	☐ Sí ☒ No
Tabaquismo	19. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA, TUVO UD. ALGÚN PERIODO DE TIEMPO EN QUE SUS PROBLEMAS DE RESPIRACIÓN (DE PULMÓN) FUERON TAN FUERTES QUE IMPIDIERON SUS ACTIVIDADES DIARIAS O LO HICIERON FALTAR AL TRABAJO?	☐ Sí ☒ No
	20. ACTUALMENTE ¿FUMA UD. CIGARRILLOS INDUSTRIALIZADOS O HECHOS A MANO? ("Actualmente" significa cualquier cantidad de cigarrillos en los últimos 30 días)	☐ Sí ☒ No
	21. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA FUMADO UD. CIGARRILLOS? (Si el entrevistado fumó menos de 20 cajetillas en su vida o menos de 1 cigarrillo al día en un año, entonces codifique como "no")	☐ Sí ☒ No
	22. ¿ACTUALMENTE FUMA UD. PIPA O PURO? ("Actualmente" significa 50 o más fumadas de pipa y/o puro en los últimos 30 días)	☐ Sí ☒ No
	22A. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA, FUMÓ UD. PIPA O PURO?	☐ Sí ☒ No
Exposición ocupacional	26. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA TRABAJÓ POR UNO O MÁS AÑOS EN UN TRABAJO EN EL QUE HUBIERA POLVOS O HUMOS?	☐ Sí ☒ No
Otras enfermedades	27. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL MÉDICO LE HA DICHO QUE UD. TENÍA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: 27A. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN?	☐ Sí ☒ No
	27B. PRESIÓN ALTA (HIPERTENSIÓN)?	☐ Sí ☒ No
	27C. AZÚCAR EN LA SANGRE (DIABETES)?	☐ Sí ☒ No
	27D. CÁNCER DE PÚLMON?	☐ Sí ☒ No
	27E. EMBOLIA, ISQUEMIA O DERRAME CEREBRAL (ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL)?	☐ Sí ☒ No
SF-12	27F. TUBERCULOSIS?	☐ Sí ☒ No
	27G. GASTRITIS O ÚLCERA?	☐ Sí ☒ No
	28. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA LE HAN HECHO UNA OPERACIÓN (CIRUGÍA) EN LA QUE SE QUITARAN UNA PARTE DE SU PULMÓN?	☐ Sí ☒ No
	29. ¿ESTUVO UD. HOSPITALIZADO EN SU INFANCIA (CUANDO TENÍA MENOS DE 10 AÑOS) POR PROBLEMAS DEL PULMÓN?	☐ Sí ☒ No
	30. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES RECIBÍ UD. LA VACUNA CONTRA LA GRIPE?	☐ Sí ☒ No
	31. ¿ALGÚN MEDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE HA DICHO QUE SU PADRE, MADRE, HERMANOS O HERMANAS TUVIERAN DIAGNÓSTICO DE ENFISEMA, BRONQUITIS CRÓNICA O EPOC?	☐ Sí ☒ No
	32. ¿HA ESTADO VIVIENDO UD. CON ALGUIEN QUE FUME CIGARRO, PIPA O PURO, EN SU CASA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS?	☐ Sí ☒ No
	33. EN GENERAL, UD. DIRÍA QUE SU SALUD ES (marque una) :	☒ excelente ☐ muy buena ☐ buena ☐ regular ☐ mala
	34. ¿CONSIDERA UD. QUE DEBIDO A SU ESTADO DE SALUD, ACTUALMENTE SE LE DIFICULTA HACER ALGUNAS COSAS QUE HACE A DIARIO, POR EJEMPLO: 34A. ACTIVIDADES MEDIAS COMO MOVER UNA MESA, SILLA DE RUEDAS, HACER COMPRAS, LIMPIAR LA CASA O CAMBIARSE DE ROPA?	☐ sí, se le dificulta mucho ☐ sí, se le dificulta un poco ☒ no, no se le dificulta para nada
	34B. ¿CONSIDERA UD. QUE DEBIDO A SU ESTADO DE SALUD, ACTUALMENTE SE LE DIFICULTA HACER ALGUNAS COSAS QUE HACE A DIARIO COMO POR EJEMPLO: SUBIR TRES O MÁS ESCALONES?	☐ sí, se le dificulta mucho ☐ sí, se le dificulta un poco ☒ no, no se le dificulta para nada
	35. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS TUVO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS COMO POR EJEMPLO: 35A. ¿HIZO MENOS DE LO QUE LE GUSTARÍA HACER A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?	☐ Sí ☒ No

Grupo	Pregunta	Respuesta
	35B. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS TUVO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS COMO POR EJEMPLO: SE SINTIÓ CON DIFICULTAD EN EL TRABAJO O EN OTRAS ACTIVIDADES A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?	[] Sí [X] No
	36. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TUVO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS COMO POR EJEMPLO: 36A. ¿HIZO MENOS DE LO QUE LE GUSTARÍA HACER A CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONALES?	[] Sí [X] No
	36B. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TUVO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS, POR EJEMPLO: ¿DEJÓ DE HACER SU TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES CUIDADOSAMENTE COMO DE COSTUMBRE A CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONALES?	[] Sí [X] No
	37. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ALGÚN DOLOR DIFICULTÓ SU TRABAJO NORMAL (TANTO EL TRABAJO EN CASA COMO FUERA DE SU CASA)?	[X] no, ni un poco [] un poco [] moderadamente [] bastante [] extremadamente
	38. ¿CUÁNTO TIEMPO, DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: 38A. SE HA SENTIDO UD. CALMADO Y TRANQUILO?	[] todo el tiempo [X] la mayor parte del tiempo [] una buena parte del tiempo [] alguna parte del tiempo [] una pequeña parte del tiempo [] ni un poco de tiempo
	38B. ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO, EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, SINTIÓ UD. QUE TUVO BASTANTE ENERGÍA?	[X] todo el tiempo [] la mayor parte del tiempo [] una buena parte del tiempo [] alguna parte del tiempo [] una pequeña parte del tiempo [] ni un poco de tiempo
	38C. ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO, EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, SE SINTIÓ UD. DESANIMADO Y DEPRIMIDO?	[] todo el tiempo [] la mayor parte del tiempo [X] una buena parte del tiempo [] alguna parte del tiempo [] una pequeña parte del tiempo [] ni un poco de tiempo
Días de trabajo perdidos	39. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SU SALUD O SUS PROBLEMAS EMOCIONALES IMPIDIERON SUS ACTIVIDADES SOCIALES, TALES COMO VISITAR AMIGOS, PARIENTES, SALIR, ETC?	[] todo el tiempo [] la mayor parte del tiempo [] una buena parte del tiempo [] alguna parte del tiempo [] una pequeña parte del tiempo [X] ni un poco de tiempo
	40. ¿HA TENIDO UD., DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, UN TRABAJO POR EL QUE RECIBA UN INGRESO?	[] Sí [X] No
Actividades de esparcimiento Polución intradomiciliaria	40A. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, UD. DEJÓ DE TRABAJAR DEBIDO PRINCIPALMENTE A PROBLEMAS DE PULMÓN?	[] Sí [X] No
	40B. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, UD. NO TRABAJÓ O DEJÓ DE TRABAJAR PORQUE TODO EL TIEMPO TRABAJA EN CASA O PORQUE CUIDA DE ALGUIEN?	[] Sí [X] No
	45. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DEJÓ UD. DE REALIZAR ACTIVIDADES DE PASEO O ESPARCIMIENTO POR PROBLEMAS DE SALUD?	[] Sí [X] No
	46. ¿EN SU CASA, SE UTILIZÓ FOGÓN CON CARBÓN PARA COCINAR, POR MÁS DE 6 MESES DURANTE TODA SU VIDA?	[] Sí [X] No
	46A. ¿DURANTE CUÁNTOS AÑOS UTILIZARON FOGÓN CON CARBÓN EN SU CASA?	0.0
	46B. ¿CUÁNTAS HORAS EN PROMEDIO AL DÍA SE QUEDABA UD. CERCA DEL FOGÓN CON CARBÓN?	0.0
	46C. ¿TODAVÍA UTILIZAN FOGÓN CON CARBÓN PARA COCINAR EN SU CASA?	[] Sí [X] No
	46D. ¿ESTE FOGÓN TIENE O TENÍA CHIMENEA?	[] Sí [X] No
	47. ¿EN SU CASA, UTILIZARON FOGÓN CON MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS, PARA COCINAR, POR MÁS DE 6 MESES EN TODA SU VIDA?	[] Sí [X] No
	48. ¿EN SU CASA, HAN UTILIZADO, POR MÁS DE 6 MESES DURANTE TODA SU VIDA, CARBÓN PARA CALENTAR LA CASA?	[] Sí [X] No
Llenar solo si fuma actualmente	49. ¿EN SU CASA, UTILIZARON, POR MÁS DE 6 MESES EN TODA SU VIDA, MADERA, LEÑA, ESTIÉRCOL, ESPIGA DE MIJO, PAJA U HOJAS PARA CALENTAR LA CASA?	[] Sí [X] No
	¿FUMA ACTUALMENTE?	[] Sí [X] No