



estudio de seguimiento
la salud de las maestras
carrera magisterial

Programa de Carrera Magisterial

CUESTIONARIO ESMAESTRAS 2011

Este Estudio lo lleva a cabo el Instituto Nacional de Salud Pública
en coordinación con el Programa de Carrera Magisterial



Estimada maestra:

Agradecemos una vez más su participación en el Estudio de Seguimiento la Salud de las Maestras (ESMaestras), y le informamos que hemos terminado de procesar la información derivada del cuestionario respondido por usted y por 116,668 maestras de los estados de Baja California, Chiapas, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Veracruz, Sonora y Yucatán, lo que nos proporcionará información valiosa para mejorar los esquemas de atención médica de la mujer en el sector salud.

El cuestionario que ahora le enviamos corresponde a la fase de seguimiento del estudio, y se redujo a la mitad del anterior. Usted notará que repetimos algunas de las preguntas, pero es necesario confirmarlas, o bien, actualizarlas. Además, incluimos información sobre migraña, dieta en su adolescencia y medicamentos.

La validez de este esfuerzo de investigación depende de la atención y el cuidado que preste al contestar el cuestionario, así como de la permanencia en el estudio de todas las mujeres que lo iniciaron, por lo que su respuesta es de suma importancia.

Como siempre, la información que usted proporcione será estrictamente confidencial, y se utilizará solo para fines de análisis estadísticos propios del estudio, jamás con un propósito de tipo personal.

Una vez que haya respondido el cuestionario, introdúzcalo en el mismo sobre en que se le envió, y séllelo para asegurar su anonimato. Por favor devuélvalo a través de los enlaces de Carrera Magisterial.

De nuevo, muchas gracias por su entusiasta participación en el estudio, favor que le queremos retribuir con la entrega, del Boletín de Salud Maestras, a fin de actualizarle sobre los avances del estudio, y proporcionarle algunas recomendaciones para llevar una vida saludable.

Reciba un afectuoso saludo,

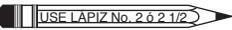


Dr. Ruy López Riadura
Coordinador General de ESMaestras



Nota: Para cualquier aclaración o duda relacionada con este estudio de investigación, puede comunicarse con el Dr. Ruy López Riadura al teléfono (777) 329 3000 ext. 3251 y 4152, de lunes a viernes, de 9:00 a 17:00 h, en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. Para todo lo relacionado con sus derechos como participante, puede llamar a la Presidenta de la Comisión de Ética del INSP, Dra. Julieta Ivone Castro Romero, al teléfono (777) 329 3000, ext. 7424 ó 2465, de lunes a viernes de 9.00 a 17.00 h

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- EL CUESTIONARIO ES DE SEGUIMIENTO PARA LAS MAESTRAS QUE HAN CONTESTADO ALGUNO EN AÑOS ANTERIORES.
- SERA LEÍDO ELECTRÓNICAMENTE, EVITE SU MALTRATO Y **NO LO DOBLE O ENGRAPE**.
- USE SOLAMENTE LAPIZ. 
- ASEGÚRESE DE LLENAR LOS DATOS DE IDENTIFICACION QUE SE LE PIDEN.
- ANTES DE CONTESTAR LEA CON ATENCIÓN CADA PREGUNTA Y LAS OPCIONES DISPONIBLES DE RESPUESTA.
- CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS LO MÁS APROXIMADO A LA REALIDAD.
- RELLENE COMPLETAMENTE EL CÍRCULO QUE CORRESPONDA ASÍ: ●
- NO MARQUE ASÍ:
- CUANDO SE SOLICITE ESCRIBIR USE LETRA DE MOLDE SIN REBASAR EL ESPACIO ASIGNADO.
- EN CASO DE ERROR BORRE COMPLETAMENTE.
- SI POR ALGUNA RAZÓN NO DESEA CONTESTAR ALGUNA PREGUNTA, DÉJELA EN BLANCO.

Ejemplo 1:

En caso de una respuesta numérica escriba el número en el recuadro en la parte superior y rellene los alveolos correspondientes:

b) ¿A qué edad tuvo la menopausia?

años

0	1	2	●	4	5	6			
0	1	2	3	4	5	6	●	8	9

Ejemplo 3:

Cuando llene el alveolo Sí continúe respondiendo si recibio tratamiento y el año de diagnóstico de cada enfermedad que le hayan diagnosticado.

Enfermedad: Llene el alveolo SÓLO si la respuesta es Sí	AÑO DE DIAGNOSTICO		¿Recibió tratamiento?
	2009	2010	
Infarto o embolia cerebral	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de seno o mama	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Confirmado por biopsia	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/>	

Ejemplo 2:

Existen preguntas que estan relacionadas o enlazadas, cuando son de este tipo estan marcadas con una flecha. O bien, hay preguntas que nos hacen brincar a otra pregunta, según sea la respuesta.

3. **¿Alguna vez en su vida ha tenido un dolor de cabeza que NO HAYA sido causado por una lesión en la cabeza, por una cruda o resaca, o por alguna enfermedad como gripa?**

- Sí No — Pasar a la pregunta 7
- a) ¿A qué edad tuvo su primer dolor de cabeza?
- Menos de 20 años 20-29 30-39
- 40-49 50-59 60 años o más
- b) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un dolor de cabeza?
- Este mes En el último año Hace más de un año

POR FAVOR PROPORCIONE SU TELEFONO, CELULAR Y CORREO ELECTRONICO.

Teléfono: Lada _____ Núm. _____

Correo electrónico: _____ @hotmail.com

Celular: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(escriba los 10 dígitos)

@gmail.com

@yahoo.com

@yahoo.com.mx

@ _____

Ej. *esmaestras@insp.mx*

IMPORTANTE: FAVOR DE DAR SU DIRECCION SOLO SI CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS O SI ANTES NO LO HABÍA PROPORCIONADO.

Calle y número: _____

Colonia: _____

Municipio o Delegación: _____ Código Postal: _____ Estado: _____

¡Muchas gracias por su participación!

Dr. Ruy López Ridaura

Coordinador General del Proyecto ESMaestras

Instituto Nacional de Salud Pública

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del art. 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en vigor: "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad de individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En referencia directa al art. 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, en vigor, enuncia: "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registro administrativo o civiles, serán manejados para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

1. ¿Cuál es su peso actual?

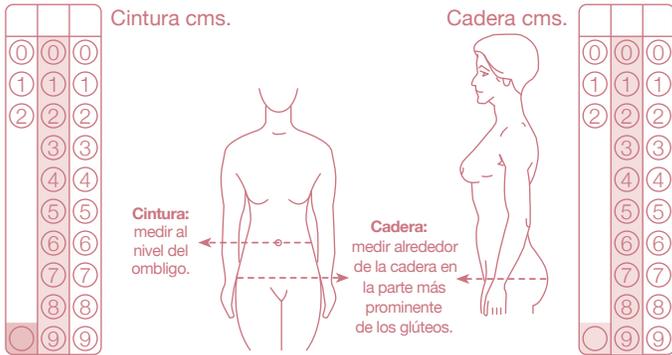
(Si es posible pida que la pesen en una báscula)

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

kgs.

2. Tome la medida de su cintura y de su cadera y siga las siguientes recomendaciones para obtener medidas mas precisas:

- Realice las medidas de pie y sin ropa
- Registre la medida más cercana al cm.
- Sin apretar, coloque la cinta métrica en forma horizontal como se muestra en la figura



3. ¿Alguna vez en su vida ha tenido un dolor de cabeza que NO HAYA sido causado por una lesión en la cabeza, por una cruda o resaca, o por alguna enfermedad como gripa?

- Sí No — Pasar a la pregunta 7
- a) ¿A qué edad tuvo su primer dolor de cabeza?
- Menos de 20 años 20-29 30-39
- 40-49 50-59 60 años o más
- b) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un dolor de cabeza?
- Este mes En el último año Hace más de un año
- c) ¿Puede distinguir si tiene más de un tipo de dolor de cabeza?
- Sí No

4. Piense en el tipo de dolor de cabeza más severo que ha tenido. ¿Ha tenido usted AL MENOS 5 EPISODIOS (en toda su vida) de dolor de cabeza con las siguientes características?

	Sí	No
a) Una duración de entre un mínimo de 4 horas sin tratamiento y un máximo de 72 horas.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
b) Localización predominante en un lado de la cabeza.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
c) Dolor pulsátil (como si sintiera latidos).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
d) Dolor de intensidad moderada-severa (que le impide hacer sus actividades con normalidad o que la obliga a guardar reposo).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
e) Dolor que empeora con la actividad física (por ejemplo caminar, subir escaleras).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
f) Dolor que se acompaña de náuseas (o vómitos).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
g) Dolor que empeora con la luz y los ruidos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

5. En promedio EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿Con qué frecuencia tuvo este tipo de dolor de cabeza?

- Todos los días 2-6 veces a la semana Una vez a la semana
- Una vez cada dos semanas Una vez al mes
- Menos de una vez al mes o no ha tenido este año

6. Cuando tiene este tipo de dolor de cabeza...

	Sí	No
a) ¿Usa un analgésico "común" (Aspirina, Tylenol, Tempra, Advil) como tratamiento para su dolor?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
b) ¿Usa algún medicamento especial para tratar migraña (Cafergot, Bio-electro, Sydolil, Imigran, Sedalmerck)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
c) ¿Usa estos medicamentos (de a ó b) más de 10 veces al mes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

7. Las "auras" son cambios en la visión o entumecimiento u hormigueo en el cuerpo que pueden presentarse junto con dolor de cabeza. Sin embargo, a veces, estas "auras" no son seguidas por un dolor de cabeza. Por favor, conteste todas las preguntas en esta sección, incluso si usted no sufre de dolores de cabeza.

- a) ¿Alguna vez en su vida ha visto manchas, estrellas, líneas, luces intermitentes (flashes), líneas que hacen zigzag u "olas de calor" asociado a un dolor de cabeza severo? (Esto es distinto a que la "luz le moleste")
- Sí No No sé No tengo dolores de cabeza
- b) ¿Con qué frecuencia tiene cambios en su visión (o "auras") junto con este dolor de cabeza?
- No tengo dolores de cabeza Nunca
- En raras ocasiones Menos de la mitad de las veces
- La mitad de las veces o más Siempre
- c) ¿Tiene estos cambios en su visión (o "auras") aún en ausencia de dolor de cabeza?
- Sí No No sé

8. ¿Alguna vez en su vida algún médico le ha diagnosticado migraña?

- Sí No

9. En el último año, ¿Ha tenido sensaciones desagradables en las piernas (por ej. molestia, hormigueo, entumecimiento o dolor) y al mismo tiempo un impulso o necesidad de moverlas?

- Sí No — Pasar a la pregunta 10
- a) ¿Estos síntomas suceden únicamente cuando está sentado o descansando?
- Sí No
- b) ¿Si se mueve disminuyen estos síntomas?
- Sí No
- c) ¿Estos síntomas se empeoran en la tarde o noche?
- Sí No
- d) ¿En promedio, con qué frecuencia tiene estos síntomas?
- Menos de una vez al mes Una vez al mes 2 o 3 veces al mes
- Una vez por semana 2 a 4 veces por semana
- 5 o más veces por semana
- e) ¿Le han dado algún tratamiento para estos síntomas?
- Sí No

10. Piense si en sus ciclos menstruales, tiene ó tenía los siguientes síntomas, de manera regular, alrededor de 5 días antes de la menstruación.

- a) Depresión, ataques de ira, irritabilidad, ansiedad, confusión, aislamiento social
- Sí No No sé
- b) Sensibilidad en los senos, distensión abdominal, dolor de cabeza, hinchazón de las extremidades
- Sí No No sé
- c) Disminución de los síntomas después del 4º día de inicio de la menstruación
- Sí No No sé

11. En los ÚLTIMOS DOS AÑOS, ¿intentó embarazarse por más de 12 meses consecutivos sin tener éxito (aun si eventualmente logró quedar embarazada)?

- Sí No — Pasar a la pregunta 13

12. ¿Encontró su médico la(s) razón(es) por la(s) cual(es) tuvo dificultad para embarazarse? (Marque todas las que apliquen)

- Trompas bloqueadas Ovario poliquístico Alteraciones de ovulación
 Endometriosis Anormalidades en el útero (matriz)
 Problemas en su esposo o pareja Ninguna razón conocida
 Otra Especifique: _____

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

NO RELLENAR

13. ¿En los ÚLTIMOS DOS AÑOS, utiliza ó ha utilizado alguno de los siguientes métodos anticonceptivos? Puede marcar más de uno.

- Ninguno—Pasar a pregunta 15 Dispositivo intrauterino
 Condón o preservativo Óvulos vaginales
 Ritmo ó calendario Ligamiento de trompas (salpingoplasia)
 Mi esposo se hizo vasectomía Pastillas
 Inyecciones Parches
 Espuma o Jalea Implantes
 Anillo vaginal Anticonceptivo de emergencia
 Otro(s) Especifique: _____

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

NO RELLENAR

14. ¿En los ÚLTIMOS DOS AÑOS, ha utilizado pastillas, parches, implantes o inyecciones para evitar el embarazo?

- Sí No—Pasar a la pregunta 15
 a) ¿En total sumando todos los periodos, cuántos meses los utilizó?
 Menos de 1 2-4 5-9 10-14 15-20
 20 o más meses
 b) Mencione los anticonceptivos que utilizó con mayor frecuencia:
 Progesterona: (Ej. Cerazette, Exluton, Mocrolut, Depo-provera, Noristerat, Syngestral)
 Combinados: (Ej. Aclimafel, Cilest, Eugynon, Gynovin, Marvelon, Microgynon, Norinlyn, Trinordiol, Nordet, Ovral 21, Levonorgestel y Etinilestradiol, Medroxiprogesterona y Cipionato de estradiol, etc.)
 Otra Especifique: _____

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

NO RELLENAR

15. ¿Actualmente está embarazada?

- Sí No

16. En los ÚLTIMOS DOS AÑOS ¿Ha estado embarazada? (No incluya embarazo actual o aquellos que terminaron antes del 1° de enero del 2009)

- Sí No—Pasar a la pregunta 17
 a) ¿Cuántos embarazos tuvo? (No incluya embarazo actual)
 1 2 3 ó más
 b) Número de embarazos con duración de menos de 6 meses
 Ninguno 1 2 3 ó más
 c) Número de embarazos con duración de 6 meses ó más
 Ninguno 1 2 3 ó más
 d) Número de nacidos vivos
 Ninguno 1 2 3 ó más
 e) ¿Tuvo gemelos?
 Sí No

17. En los ÚLTIMOS DOS AÑOS, ¿ya tuvo la menopausia (dejar de reglar permanentemente por más de 12 meses)?

- No sé No—Pasar a la pregunta 20
 Sí, ya no tengo periodos menstruales o regla
 Sí, tengo la menopausia pero ahora tengo periodos inducidos por hormonas
 a) ¿Por qué razón dejó de reglar o menstruar?
 Natural Le quitaron un ovario Le quitaron los dos ovarios
 Le quitaron la matriz Le quitaron los ovarios y matriz
 Radiación Quimioterapia

b) ¿A qué edad tuvo la menopausia?

años

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

18. En los ÚLTIMOS DOS AÑOS, ¿ha tomado o toma estrógeno, progesterona u otras hormonas femeninas por más de un mes, alrededor de la menopausia? (Incluya pastillas e inyecciones)

- Sí No—Pasar a la pregunta 19
 a) ¿Cuántos meses las ha tomado en los últimos dos años?
 1-4 meses 5-9 meses 10-14 meses
 15-19 meses 20 ó más meses
 b) Marque el tipo de hormona que tomó o toma actualmente, con mayor frecuencia durante los últimos dos años:
 Combinadas: (Ej. Estrógenos conjugados y medroxiprogesterona, Tibolona, Prempro, Desogestrel y Etinilestradiol, Cliana, Climene, Estracom, Pimogyn, etc.)
 Estrógeno: (Ej. Premarín, Serofene, Ovestín, Ostregel, Climaderm, Estraderm, Fem 7, etc.)
 Progesterona / Progestín: (Ej. Provera, Lutoral, Utrogestan, Primolut, Geslutin, Premastan, etc.)
 Otra(s) Especifique: _____

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

NO RELLENAR

19. ¿ACTUALMENTE usa alguna preparación que no necesita prescripción médica ("herbal", "natural" o "isoflavona de soya") para el reemplazo hormonal o para síntomas de la menopausia? (no incluye alimentos como leche de soya, germinados, etc.)

- a) Ej. Prevefem complex, Mensifem, Feminelle, Fitogine, crema de camote silvestre, Avala, Clifenal, etc.
 Sí No
 b) Otras terapias (Marque todas las que apliquen):
 Acupuntura Homeopatía Flores de Bach

20. ¿ACTUALMENTE fuma tabaco?

- Sí No—Pasar a la pregunta 21
 a) ¿Cuántos cigarros fuma al día?
 1-4 5-14 15-24 25-34 35-44 45 ó más

21. ¿En su casa cocinan o cocinaban con leña dentro de su casa?

- Sí, sólo durante la infancia Sí, sólo en la actualidad
 Sí, tanto en la infancia como en la actualidad No

22. ¿Usted ronca?

- Todas las noches Casi todas las noches Algunas noches
 Casi nunca No ronco No sé

23. ¿Usted tiene problemas para dormir en las noches (insomnio)?

- Todas las noches Casi todas las noches Algunas noches
 Casi nunca No tengo problemas

24. En promedio POR DÍA ¿Cuántos pisos de edificios o casa sube por las escaleras? (No escalones individuales)

- Un piso Dos pisos De 3 a 4 pisos De 5 a 9 pisos
 10 o más pisos

25. Durante el ÚLTIMO AÑO ¿Cuál fue el promedio de HORAS POR SEMANA en que realizó las siguientes actividades?

Actividades	PROMEDIO DE HORAS POR SEMANA (lunes a domingo)							
	No hago	Menos de 1	1	2	3-4	5-6	7-10	Más de 10
a) CAMINAR (incluye el tiempo que dedica caminando para desplazarse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ACTIVIDAD FISICA MODERADA (incluye actividades que la cansan físicamente pero no le quitan el aliento)								
·NO RECREACION (lavar ventanas o baños, trapear, cargar cubetas con agua)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
·RECREACION (ejercicio ligero, yoga, caminata ligera, ciclismo en plano, baile lento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ACTIVIDAD FISICA VIGOROSA (incluye actividades que la hacen sudar, le aumentan la frecuencia cardíaca o le quitan el aliento)								
NO RECREACION (comprar en el mercado cargando bolsas pesadas, mover muebles, mover cajas pesadas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RECREACION (caminata vigorosa, correr, ejercicio vigoroso, ballet, nadar de manera sostenida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. En el ÚLTIMO AÑO en promedio, ¿Cuántas HORAS POR SEMANA pasa sentado?

	1	2-5	6-10	11-20	21-40	41-60	61-90	+90
en el trabajo, en casa, y en medios de transporte	<input type="radio"/>							
Viendo televisión	<input type="radio"/>							

27. ¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad Llene el alveolo SÓLO si la respuesta es Sí	¿Hace cuanto se le diagnosticó?				¿Recibió tratamiento?
	Menos de 2 años	2 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años	
Asma bronquial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Rinitis alérgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfisema pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cirugía de tórax o pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fibrilación auricular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Angina de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cateterismo cardiaco para angioplastia o colocación de Stent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

28. ¿En el último año, en cuantos meses se practicó la autoexploración de sus mamas?

- Ninguno Uno 2-3 4-6 7-11 12

29. ¿En los ÚLTIMOS DOS AÑOS, un médico o enfermera le ha realizado alguna de estas pruebas? (Deje en blanco si la respuesta es NO)

Prueba	Motivo por el que le realizaron la prueba		
	Sí, por síntomas	Sí, por campaña de salud	Sí, por consulta general
Toma de presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes ó azúcar en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de Papanicolau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba para detectar el VPH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploración manual de los senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. ¿En los ÚLTIMOS DOS AÑOS, le ha diagnosticado un médico alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad: Llene el alveolo SÓLO si la respuesta es Sí	AÑO DE DIAGNOSTICO		¿Recibió tratamiento?	
	2009	2010	Sí	No
Presión alta (sin contar durante el embarazo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes o azúcar alta (sin contar durante el embarazo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad benigna de los senos o mastopatía fibroquistica (quistes o nódulos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarto al corazón (que requirió hospitalización)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarto o embolia cerebral (que requirió hospitalización)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de seno o mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
↳ Confirmado por biopsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer del cuello de la matriz o cérvicouterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro cáncer especifique dónde _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombosis venosa; Várices en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acné severo en la adolescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piedras en la vesícula biliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad del hígado o cirrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovarios poliquísticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad arterial periférica (no várices)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B o C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arritmia del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractura de cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión diagnosticada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esclerosis múltiple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión arterial durante el embarazo (preclampsia o eclampsia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 NO RELLENAR

31. CUESTIONARIO DE DIETA ENTRE LOS 13 Y 18 AÑOS.

Por favor piense en esos años y trate de recordar, **EN PROMEDIO**, la frecuencia con que consumía cada uno de los alimentos enunciados. Sabemos que es difícil, pero por favor haga su mejor estimación.

Alimentos	Seleccione una opción por renglón								
	Nunca o menos de una vez por mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
Un vaso de leche entera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un vaso de leche semidescremada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una taza de yogurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una rebanada de queso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Queso como parte de un platillo (ej. quesadilla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una cucharada de CREMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Margarina agregada a comida o untada en pan (una untada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantequilla agregada a comida o untada en pan (una untada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una manzana o pera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un plátano (fresco o cocinado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un vaso chico de jugo de naranja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una naranja ó toronja ó mandarina (sin contar jugo de naranja)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un mango	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una rebanada de papaya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un jitomate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un elote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medía taza de col ó ensalada de col	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una taza de zanahorias crudas o media taza de zanahorias cocidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medio plato de espinacas, acelgas o quelites (cocidos o crudos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un plato de frijoles o lentejas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un huevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una pieza de pollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una rebanada de jamón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una salchicha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un platillo con carne de res o de puerco (incluye carnitas o barbacoa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un platillo con pescado fresco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un platillo con pescado en lata (atún o sardina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un bolillo o telera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una rebanada de pan blanco de caja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una rebanada de pan integral de caja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una tortilla de maíz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una tortilla de harina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un plato de arroz cocinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una papa cocida, homeada o en puré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un plato de cereal de caja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una galleta dulce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una bolsita de churritos, papitas o frituras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un pastel o dona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un vaso de agua de fruta natural o de sabor artificial con azúcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un refresco mediano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un refresco de dieta mediano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Durante los 13 y los 18 años, ¿Qué tan frecuentemente comía fuera de casa? (Número de veces al mes)

Nunca 1-3 4-6 7-10 Más de 10 veces al mes

33. Durante los 13 y los 18 años, en una semana típica, ¿Cuántas bebidas de cerveza, vino o licor solía tomar? (Número de veces a la semana)

Nunca Menos de 1 Una 2-3 4-6 7-10 10 ó más veces por semana

34. ¿Actualmente cómo definiría el nivel de estrés en su vida diaria?

	Severo	Moderado	Ligero	Mínimo
a) Con respecto al cuidado de su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Con respecto a su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Con respecto a su pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. ¿Durante las ULTIMAS DOS SEMANAS, qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

Problema	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a) Tiene poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Se ha sentido decaída y/o deprimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Tiene dificultad para dormir o permanece dormida, o ha dormido demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Se ha sentido cansada o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Ha tenido poco apetito o ha comido en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Se ha sentido mal con usted misma, o que es un fracaso, o que ha quedado mal con usted misma o con su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario, ha estado tan inquieta o agitada, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Si usted marcó cualquiera de los problemas anteriores ¿Qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

- Para nada fácil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente fácil

37. Durante el ÚLTIMO AÑO, ¿Usted ha tomado alguno de los siguientes medicamentos de manera regular? (Marque sólo si lo ha tomado)

	Días a la semana						Tabletas a la semana			
	Menos de 1	1	2-3	4-5	6 o más		1-2	3-5	6-14	15 o más
a) Aspirina de baja dosis para la protección del corazón (NO PARA DOLOR) (Ej. Aspirina infantil, Cardioprotect, Disprina junior entre otros)	<input type="radio"/>	➔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
b) Acetaminofen o Paracetamol (Ej. Tylenol, Temptra)	<input type="radio"/>	➔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
c) Otro Antiinflamatorio o Analgésico. Ej. naproxeno, diclofenaco, metamizol entre otros para el tratamiento de dolor o inflamación (Ej. Analgen, Flanax, Voltaren, Diclac, entre otros)	<input type="radio"/>	➔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

	Sí	No
d) Medicamentos para bajar el colesterol tipo estatinas como simvastatina, atrovastatina, provastatina (Ej. Zorced, Lipitor, Kenstatin entre otros). Al menos 3 tabletas a la semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Algún tipo de medicamento diurético, comunamente utilizado para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares como la furosemida, hidroclorotiazida, espironolactona (Ej. Lasix, Rofucal, Vivitar, entre otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Metformina para el tratamiento de diabetes, prediabetes u obesidad (Ej. Predial, Dabex, entre otros). Al menos 3 tabletas a la semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Algún tipo de broncodilatadores para el tratamiento de asma como ipratropio, salbutamol, para el tratamiento de asma (Ej. Ventolin, Atrovent, entre otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Algún tipo de glucocorticoides (cortisona) para el tratamiento de asma o alguna otra enfermedad alérgica o autoinmune (Ej. Beclonase, Pulmicort, entre otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Algún antidepresivo como por ejemplo Amitriptilina, Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram (Ej. Anapsique, Prozac, Paxil, Sertex, entre otros). Al menos 3 tabletas a la semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Algún tipo de tranquilizante o pastilla para dormir al menos 3 veces por semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Algún tipo de medicamentos para una enfermedad mental diferente a la depresión como la clozapina, risperidona, haloperidol, olanzapina (Ej. Clopsine, Risperdal, Haldol, Zyprexa, entre otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Algún tipo de medicamentos para reducir el peso que fue recetado por un médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Algún tipo de medicamento para reducir el peso que NO fue recetado por un médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Día		Mes		Año	
<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"/>					

39. Para mejorar la comunicación con usted nos interesa saber o actualizar lo siguiente

- a) ¿Utiliza el Internet?
 Sí No
- b) ¿Utiliza el correo electrónico?
 Sí No
- c) ¿Estaría dispuesta a responder el cuestionario por Internet?
 Sí No

¿Autoriza a los investigadores del proyecto ESMaestras a revisar su expediente clínico y/o estudios relacionados con el diagnóstico de algunas de las enfermedades que nos informa, incluyendo el bloque de parafina de la biopsia donde se confirmó el diagnóstico?. Se mantendrá la confidencialidad de estos registros y serán utilizados únicamente para propósitos de investigación médica.

- No Sí ➔ Firma _____

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Utilice bolígrafo)

Ej. 25 10 2010

Usted es parte fundamental del estudio, ya que al responder el cuestionario, estarán beneficiándose además de usted, su familia y sus alumnos; nuestras madres, hermanas, hijas y nietas, pues gracias a su respuesta se mejorarán los programas de salud que contribuirán a evitar enfermedades y salvar vidas.

Manténganse en contacto, visite nuestra página electrónica

www.insp.mx/Portal/Centros/cisp/esmaestras

Mes y año en que se respondió este cuestionario

Mes	<input type="radio"/> Ene	<input type="radio"/> Feb	<input type="radio"/> Mar	<input type="radio"/> Abr	<input type="radio"/> May	<input type="radio"/> Jun
	<input type="radio"/> Jul	<input type="radio"/> Ago	<input type="radio"/> Sep	<input type="radio"/> Oct	<input type="radio"/> Nov	<input type="radio"/> Dic
Año	<input type="radio"/> 2010		<input type="radio"/> 2011		<input type="radio"/> 2012	

¡MUCHAS GRACIAS POR MANTENERSE ACTIVA EN EL PROYECTO!

Asegúrese de haber contestado **TODAS** las preguntas. Coloque este cuestionario en el sobre que se le proporcionó y séllelo para asegurar su anonimato. Por favor devuélvalo por los enlaces de Carrera Magisterial o bien, si lo prefiere o no lo pudo enviar por los enlaces, entonces envíelo por correo a la siguiente dirección:

Dr. Ruy López Ridaura

Coordinador General del Proyecto ESMaestras

Instituto Nacional de Salud Pública

7^a. Cerrada Fray Pedro de Gante 50, Col. Sección 16,

Tlalpan, México, D.F., C.P. 14000

SI TIENE ALGUNA DUDA O DESEA MAYOR INFORMACIÓN POR FAVOR COMUNÍQUESE A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS:

01-777-3293000 ext. 3251 en Cuernavaca, Mor.

01-55-5487-1000 ext. 4152 ó 4151 en Cd. de México

ó al correo electrónico: esmaestras@insp.mx

SI DESEA HACER UN COMENTARIO HAGALO EN UNA HOJA POR SEPARADO, PUES ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO DIFICULTA LA LECTURA ÓPTICA.