

CUESTIONARIO GENERAL

Fecha de aplicación: ___/___/___ Hora de inicio: ___:___ Hora de finalización: ___:___
dd mm aaaa hh mm hh mm
formato 24 horas formato 24 horas

Nombre **COMPLETO** del encuestador: _____

Instrucciones para el Encuestador: Saludar a la maestra y leer la *INTRODUCCIÓN* con claridad y pausadamente. Esperar a que la maestra piense en la mejor respuesta dentro de las opciones escritas. Si la maestra no sabe qué responder, releer la pregunta junto con las respuestas y recordarle que seleccione la mejor respuesta entre las opciones establecidas. No explicar la pregunta a la maestra en ningún momento, sólo repetir la pregunta y opciones de respuesta las veces que sean necesarias.

Cuando en una pregunta se encuentre un “Pase a...” favor de pasar a la pregunta o sección indicada para hacer el salto de preguntas correcto.

Folio: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAESTRA: _____
(Nombre **sin abreviaturas**) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

INTRODUCCIÓN

“Buenos *días/tardes*, mi nombre es _____. Esta entrevista durará alrededor de 20 minutos. Le haré una serie de preguntas y es importante que escuche todas las opciones y seleccione la respuesta que **mejor** se acomode a su situación. Para nosotros es muy importante que intente responder cada una de las preguntas pero puede decidir no responder cuando así lo considere. En algunos casos quizá sea difícil pensar en la respuesta correcta, tómese su tiempo para pensar en la mejor respuesta posible, yo le leeré las preguntas y opciones de respuestas las veces que sean necesarias. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente es la que mejor se acerque a su situación. ¿Tiene alguna duda? “

“Empecemos:”

SECCIÓN 1:

Instrucciones para el Encuestador: CIRCULE la respuesta y escriba el número de meses/años a dos dígitos.

Ejemplo: Diagnóstico hace 1 año y medio Años [0 | 1] Meses [0 | 6]

1.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o nivel alto de azúcar en la sangre?	Sí.....1 No.....0 → Pase a Sección 2
1.02 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico, por primera vez, que tenía diabetes o niveles altos de azúcar en la sangre? <i>Nota: Si es menos de un año especificarlo en meses.</i>	Menos de un mes.....1 Años [_ _] Meses [_ _]
1.03 ¿Utiliza algún tratamiento o indicación médica para controlar la diabetes o el azúcar en la sangre?	Sí.....1 No.....0 → Pase a Sección 2
1.04 ¿Qué tipo de tratamiento o indicación médica utiliza para controlar la diabetes o el azúcar en la sangre? <i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i>	Dieta.....1 Actividad física.....2 Medicamento tomado para reducir la glucosa.....3 Medicamento inyectado para reducir los niveles de glucosa...4 Insulina.....5 Tratamiento naturista.....6 Tratamiento homeopático.....7

SECCIÓN 2:

Instrucciones para el Encuestador: CIRCULE la respuesta y escriba el número de meses/años a dos dígitos.

Ejemplo: Diagnóstico hace 1 año y medio Años [0 | 1] Meses [0 | 6]

2.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	Sí.....1 No.....0 → Pase a Sección 3
2.02 ¿Hace cuánto tiempo le detectó un médico la presión alta? <i>Nota: Si es menos de un año especificarlo en meses.</i>	Menos de un mes.....1 Años [_ _] Meses [_ _]
2.03 ¿Utiliza algún tratamiento para la presión alta?	Sí.....1 No.....0 → Pase a Sección 3
2.04 ¿Qué tipo de tratamiento utiliza para controlar su presión arterial? <i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i>	Dieta.....1 Actividad física.....2 Medicamento tomado.....3 Tratamiento homeopático.....4 Tratamiento naturista.....5

SECCIÓN 3:

Instrucciones para el Encuestador: CIRCULE la respuesta y escriba el número de meses/años a dos dígitos.

Ejemplo: Diagnóstico hace 1 año y medio Años [0 | 1] Meses [0 | 6]

3.01 ¿Le ha dicho algún médico que tiene el colesterol alto?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la pregunta 3.05
3.02 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene el colesterol alto? <i>Nota: Si es menos de un año especificarlo en meses.</i>	Menos de un mes.....1 Años [_ _] Meses [_ _]

3.03 ¿Utiliza algún tratamiento para reducir el colesterol?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la pregunta 3.05
3.04 ¿Qué tratamiento está siguiendo para reducir el colesterol? <i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i>	Dieta.....1 Ejercicio.....2 Medicamento.....3 Producto natural.....4 Homeopático.....5
3.05 ¿Le ha dicho algún médico que tiene el nivel de triglicéridos alto?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la sección 4
3.06 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene el nivel de los triglicéridos alto? <i>Nota: Si es menos de un año especificarlo en meses.</i>	Menos de un mes.....1 Años [__ __] Meses [__ __]
3.07 ¿Utiliza algún tratamiento para reducir el nivel de triglicéridos?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la sección 4
3.08 ¿Qué tratamiento está siguiendo para reducir los triglicéridos? <i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i>	Dieta.....1 Ejercicio.....2 Medicamento.....3 Producto natural.....4 Homeopático.....5

SECCIÓN 4:

Instrucción para el encuestador: Marque con una X el recuadro con la respuesta y escriba la fecha a dos dígitos.

Ejemplo: Enero del 2013 sería Mes [_0_|_1_] Año [_1_|_3_]

4.01 Algún médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:		¿En qué fecha se le realizó el diagnóstico? (mes/año)	¿Requirió hospitalización?		¿En qué fecha se hospitalizó por dicha enfermedad? (mes/año)
Infarto agudo del miocardio	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A	No <input type="checkbox"/> (0)	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A
Arritmia del corazón	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A	No <input type="checkbox"/> (0)	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A
Insuficiencia cardiaca	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A	No <input type="checkbox"/> (0)	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A
Angina de pecho	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A	No <input type="checkbox"/> (0)	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A
Embolia cerebral o derrame cerebral	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A	No <input type="checkbox"/> (0)	Sí <input type="checkbox"/> (1)	[__ __]/[__ __] M M A A

Instrucciones para encuestador: CIRCULE la respuesta Correcta.

4.02 ¿Ha tenido algún dolor o molestia en el pecho?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la sección 5
4.03 ¿Este dolor se despierta cuando camina a un paso normal sobre superficie plana?	Sí.....1 No.....0
4.04 ¿Le ocurre este dolor cuando sube alguna pendiente (como subir escaleras) o camina deprisa?	Sí.....1 No.....0

SECCIÓN 5:

Instrucción para el encuestador: CIRCULE la respuesta o marque con una X el recuadro.

5.01 ¿Aún tiene usted su regla?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la pregunta 5.15
5.02 ¿Está reglando en este momento?	Sí.....1 No.....0
5.03 ¿En los últimos tres meses o actualmente ha utilizado anticonceptivos para NO embarazarse?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la pregunta 5.09
5.04 ¿Qué tipo de anticonceptivos hormonales utiliza ACTUALMENTE o en los ÚLTIMOS TRES meses para no embarazarse? <i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i>	Pastillas..... __ Parches..... __ Inyecciones..... __ Implantes..... __ <i>(Son aquellos que se insertan debajo de la piel con liberación prolongada de hormonas)</i> Cremas, gel, supositorios u óvulos..... __ Dispositivo Intrauterino con hormonas (Mirena)..... __ Usa otros métodos NO hormonales..... __
5.05 Especifique el tipo de anticonceptivo	Especifique: _____
5.09 ¿Tiene alguna indicación médica por la cual utiliza pastillas anticonceptivas, inyecciones o implantes por razones DISTINTAS al control de la natalidad? <i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i>	Para regular la menstruación/regla..... __ Para el acné..... __ Para calambres..... __ Quistes en los ovarios..... __ Para dolor menstrual..... __ Ovulación dolorosa..... __ Sí, pero no sé cuál..... __ Otros..... __ ¿Cuál?: _____ No utiliza..... __ → Pase a la Sección 7
5.10 Por favor marque el tipo de anticonceptivos hormonales que usa actualmente por razones DISTINTAS al control de la natalidad.	Pastillas.....Sí __ 1 Parches.....Sí __ 1

<p><i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i></p>	<p>Inyecciones.....Sí __ 1 Implantes.....Sí __ 1 No sabe.....Sí __ 1 Usa otros métodos.....Sí __ 1</p>
<p>5.11 Especifique el tipo de anticonceptivo</p>	<p>Especifique: _____</p>

Instrucción para Encuestador: Si la paciente es pre-menopáusica **Pasar a la Sección 7.**

<p>5.15 ¿Cuáles de las siguientes son razones de su falta de menstruación o regla?</p>	<p>Está amamantando o en puerperio..... __ → Pase a la Sección 7 Actualmente está embarazada..... __ → Pase a la Sección 7 Por menopausia natural (dejar de reglar más de 12 meses)..... __ Le quitaron la matriz __ Le quitaron uno o los dos ovarios..... __ Recibió radiaciones en la pelvis..... __ Tomó medicamentos..... __ Le aplicaron quimioterapia..... __ Otras razones..... __ No Sabe..... __ </p>
<p>5.16 ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de menstruar/reglar (independientemente de la causa) por más de doce meses?</p>	<p>[__ __] Años No sabe.....99</p>
<p>5.17 ¿Recuerda aproximadamente en qué año?</p>	<p>[__ __ __ __] A A A A No sabe.....99</p>
<p>5.18 ¿En los últimos tres meses o actualmente utiliza hormonas femeninas para los síntomas de la MENOPAUSIA? <i>La prescripción pudo haber consistido en pastillas, inyecciones, cremas o supositorios.</i></p>	<p>Si1 No2 } → Pase a la Sección 7 No sabe.....3 }</p>
<p>5.19 ¿Qué tipo de hormonas utiliza actualmente para la MENOPAUSIA? <i>Nota: (puede incluir más de una opción)</i></p>	<p>Pastillas..... __ Parches..... __ Inyecciones..... __ Implantes..... __ <i>(Son aquellos que se insertan debajo de la piel con liberación prolongada de hormonas)</i> Cremas, gel, supositorios u óvulos..... __ Usa otros métodos hormonales..... __ Especifique: _____ No sabe..... __ </p>
<p>5.20 Especifique el tipo de anticonceptivo</p>	<p>Especifique: _____</p>

SECCIÓN 7:

INSTRUCCIONES: “En este apartado de uso de cosméticos y productos de higiene personal, es importante que responda sobre el uso de los siguientes productos en las **ÚLTIMAS 48 Horas ó 2 días**. Es importante que señale lo que usó en las últimas 48 horas aunque sea diferente a lo que hace normalmente. Por ejemplo, puede ser que usted utilice diariamente perfume, pero no lo haya utilizado en las últimas 48 horas. En este caso respondería NO donde se pregunta de las últimas 48 horas.”

Instrucción para el encuestador: Marque en el recuadro con una X la respuesta.

En las últimas 48 horas con qué frecuencia usted utilizó...	Promedio de uso en las últimas 48 horas Seleccione una opción por renglón						
	No (9)	En una ocasión (1)	En dos ocasiones (2)	En tres ocasiones (3)	En cuatro ocasiones (4)	En cinco ocasiones (5)	En 6 ó más ocasiones (6)
7.01 ¿Loción o crema corporales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.02 ¿Perfume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.03 ¿Crema facial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.04 ¿Crema de manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.05 ¿Bloqueador solar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.06 ¿Maquillaje en polvo o líquido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.07 ¿Desodorante o antitranspirante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.08 ¿Se ha pintado las uñas de pies o manos? *Si las tiene pintadas en ese momento al menos es “en una ocasión”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.09 ¿Quitaesmalte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.10 ¿Rímel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.11 ¿Delineador o sombra de ojos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.12 ¿Lápiz labial, “lipstick”, “labello” bilé o delineador de labios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.13 ¿Shampoo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.14 ¿Acondicionador?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.15 ¿Gel, spray, mousse o crema para modelar cabello?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.16 ¿Producto para depilarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.17 ¿Desmaquillante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECCIÓN 8:

Instrucciones encuestador: CIRCULE la respuesta sobre el número.

8.01 ¿Qué tipo de agua toma habitualmente en su casa?	De la llave, cruda.....1 De la llave, hervida.....2 De la llave, filtrada.....3 De garrafón.....4 De botellas de agua.....5
--	---

8.02 ¿Qué tipo de agua toma habitualmente en su trabajo?	De la llave, cruda.....1 De la llave, hervida.....2 De la llave, filtrada.....3 De garrafón.....4 De botellas de agua.....5
8.03 En promedio, ¿cuántos vasos (tazas de 240 ml) de agua simple consume al día?	__ __ VASOS

INSTRUCCIONES: “Para este apartado, me responderá sobre el uso de los siguientes productos en las ÚLTIMAS 48 Horas ó 2 días. Es importante que señale lo que usó en las últimas 48 horas aunque sea diferente a lo que hace normalmente. Por ejemplo, si usted tomó agua de una botella de plástico en las últimas 48 horas, debe declarar *En una ocasión.*”

Instrucción para el encuestador: Marque en el recuadro con una X la respuesta.

En las últimas 48 horas con qué frecuencia usted ...	Promedio de uso en las últimas 48 horas (dos días) Seleccione una opción por renglón						
	No (9)	En una ocasión (1)	En dos ocasiones (2)	En tres ocasiones (3)	En cuatro ocasiones (4)	En cinco ocasiones (5)	En 6 ó más ocasiones (6)
8.04 ¿Tomó una botella de agua?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.05 ¿Tomó un vaso de agua de garrafón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.06 ¿Tomó leche o jugo de cartón o Tetrapak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.07 ¿Tomó una lata de refresco o jugo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.08 ¿Tomó una botellita de yogurt líquido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.09 ¿Consumió chiles jalapeños enlatados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10 ¿Ha consumido salsa enlatada (chipotle, roja)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11 ¿Consumió granos de elote (elotitos) enlatados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12 ¿Consumió chícharos enlatados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.13 ¿Ha consumido frijoles en lata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.14 ¿Ha utilizado aceite embotellado en recipiente de plástico, para cocinar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.15 ¿Ha consumido embutidos (jamón, chorizo, queso de puerco, etc.) empacados al alto vacío?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.16 ¿Ha consumido atún o sardinas en lata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.17 ¿Ha calentado su comida en tupper en el microondas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En las últimas 48 horas con qué frecuencia usted ...	Promedio de uso en las últimas 48 horas (dos días) Seleccione una opción por renglón						
	No (9)	En una ocasión (1)	En dos ocasiones (2)	En tres ocasiones (3)	En cuatro ocasiones (4)	En cinco ocasiones (5)	En 6 ó más ocasiones (6)
8.18 ¿Consumió algún alimento que se vende listo para comerse, como torta o sándwiches, <i>envueltos en ega-pack</i> (plástico transparente flexible)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.19 ¿Consumió algún alimento <i>envuelto en casa con egapack</i> (plástico transparente flexible) como carne, pollo, queso o verduras)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.20 ¿Ha envuelto recipientes para calentarlos en microondas <i>en ega-pack</i> (plástico transparente flexible)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.21 ¿Consumió sopa instantánea “de vasito” (Ej: Maruchan, Nissin o Knax) calentada en microondas <i>en su envase original</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.22 ¿Tomó alguna bebida (refresco, jugos, licuados) <i>en bolsa de plástico</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.23 ¿Consumió postres que vengan en envoltura de plástico (<i>congeladas, Bon-Ice, gelatina</i>)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.24 ¿Consumió sopas o purés en envase de cartón o Tetra-Pak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.25 ¿En los últimos dos días, ha consumido otro tipo de enlatados a los mencionados anteriormente?

Sí.....1

No.....0

8.26 Por favor mencione qué enlatados ha consumido: _____

SECCIÓN 9:

Instrucción para el encuestador: Recuérdele a la maestra que las tres preguntas son “En los últimos 12 meses...”. Indique con número la cantidad de veces.

En los últimos 12 meses...	Número de infecciones
9.01 ¿... cuántas infecciones respiratorias (<i>anginas, catarros, gripas, gripes, infecciones de garganta, resfriados, sinusitis, etc.</i>) ha padecido?	Número de infecciones __ __
9.02 ¿... cuántas infecciones urinarias (<i>ardor al orinar, dolor en la vejiga, urgencia para orinar</i>) ha padecido que hayan requerido antibiótico?	Número de infecciones __ __
9.03 ¿... cuántas infecciones vaginales (<i>ardor vaginal, comezón, flujo anormal</i>) ha padecido?	Número de infecciones __ __

SECCIÓN 10:

Instrucciones para encuestador: CIRCULE la respuesta e indique los minutos a dos dígitos.

10.01. ¿Padece dolor en las manos?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la pregunta 10.03
10.02 ¿Este dolor le impide realizar actividades cotidianas?	Sí.....1 No.....0
10.03 ¿Despierta con rigidez de manos (que las manos le amanecen entumidas y le cuesta moverlas)?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la Sección 11
10.04 ¿Cuántos minutos tarda en sentir que se desentumen sus manos?	Número de minutos __ __
10.05 ¿Ha notado que se le han deformado las manos?	Sí.....1 No.....0
10.06 ¿Se le han agrandado las articulaciones de los dedos de las manos?	Sí.....1 No.....0
10.07 ¿Se le han hinchado las articulaciones de los nudillos (articulación donde comienzan los dedos)?	Sí.....1 No.....0

SECCIÓN 11:

Instrucciones para encuestador: CIRCULE la respuesta y escriba los números a dos dígitos.

11.01 Cuando era niña, ¿en su casa se cocinaba con leña?	Sí.....1 No0 → Pase a la pregunta 11.03
11.02 ¿Cuántas horas al día pasaba en la habitación donde se cocinaba?	__ __ horas
11.03 Cuando era niña, ¿su padre o madre fumaban?	Sí.....1 No.....0
11.04 Actualmente, ¿se cocina con leña en casa?	Sí.....1 No.....0 → Pase a la pregunta 11.06
11.05 ¿Cuántas horas al día pasa en la habitación donde se cocina?	__ __ horas
11.06 Actualmente, ¿en su casa fuma su esposo, pareja o alguna persona con la que vive?	Sí.....1 No.....2 Vivo sola.....3 } Pase a la pregunta 11.10
11.07 ¿Cuántos fumadores viven en su casa?	__ __
11.08 En el último año, en promedio ¿cuántas horas al día fumaron en su presencia en casa?	__ __
11.09 ¿Con qué frecuencia alguien (cualquier persona) fuma dentro de su casa?	Todos los días.....1 Al menos una vez por semana.....2 Al menos una vez por mes.....3 Al menos una vez por año.....4 Nunca.....5 No sabe.....6
11.10 ¿En su lugar de trabajo hay espacios cerrados? Aunque haya ventana o ventilación.	Sí.....1 No.....2 → Pase a la pregunta 11.15
11.11 ¿Generalmente trabaja en un espacio cerrado o al descubierto?	En un espacio cerrado.....1 Al descubierto.....2

	Ambos.....3
11.12 Durante los últimos 30 días, ¿alguien ha fumado en los espacios cerrados del lugar donde usted trabaja?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....3 } Pase a la pregunta 11.15
11.13 ¿Con qué frecuencia alguna persona fuma en los lugares cerrados de su trabajo?	Todos los días.....1 Al menos una vez por semana.....2 Al menos una vez por mes.....3 Al menos una vez por año.....4 Nunca.....5 No sabe.....6
11.14 En el trabajo ¿en promedio cuántas horas al día pasó con gente que fuma frente a usted en el último año?	__ __ horas
11.15 Fuera de casa y del trabajo, ¿en promedio cuántas horas al día estuvo con gente que fuma en el último año?	__ __ horas

SECCIÓN 13:

Instrucciones para encuestador: CIRCULE la respuesta señalada por la maestra. En caso de ser necesario, indique con número.

13.01 ¿Actualmente fuma tabaco?	Sí1 No, porque dejé de fumar.....2 Nunca ha fumado.....3 } Pase al cierre de entrevista
13.02 En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma actualmente cada día? <i>Si contesta en cajetillas o cartones pedir que especifique el número de cigarros.</i>	__ __ __ número de cigarros al día
13.03 ¿Fuma diario?	Sí1 No0

CIERRE:

INSTRUCCIONES: “Con esto terminamos la entrevista. Quiero reiterarle que todos los datos son confidenciales y anónimos. Con sus respuestas, nos ayuda a encontrar información valiosa para la salud de las mujeres mexicanas. A nombre del equipo ESMaestras, le agradecemos mucho su tiempo y respuestas. Esperamos seguir contando siempre con su valiosa participación. Recuerde que para cualquier duda o aclaración, nos puede contactar en la página, mail o teléfonos.