

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 09 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-XXXX). Do not return the completed form to this address.



# HCHS/SOL Respiratory Questionnaire\_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: RSS  
VERSION: A 7/19/07

Contact Occasion

SEQ #

Acrostic: \_\_\_\_\_

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:  /  /   
Month Day Year

0b. Staff ID:

**Instructions:** Mark the appropriate box for the response. Unless instructed, mark ONLY one response.

### A. Respiratory Symptoms

*Las siguientes preguntas son sobre síntomas respiratorios o del pecho. Si usted tiene alguna duda sobre si contestar sí o no, conteste no.*

1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted tos en la mayoría de los días o las noches de la semana por lo menos durante tres meses seguidos? (*“Mayoría” significa al menos 4 días o noches por semana*)

No 0   
Sí 1

2. ¿Ha tenido usted tos al levantarse o a primera hora en la mañana la mayoría de las mañanas (al menos 4 veces por semana) por lo menos durante tres meses seguidos?

No 0   
Sí 1

3. Si contesta “Sí” a la pregunta 1 o Pregunta 2, ¿cuántos años ha tenido esta tos?

Años

4. En los últimos 12 meses, ¿se le ha acumulado flema proveniente del pecho durante la mayoría de los días o noches de la semana por lo menos durante tres meses seguidos? (*“Mayoría” significa al menos 4 días o noches por semana*)

No 0   
Sí 1

5. ¿Se le ha acumulado flema al levantarse o a primera hora en la mañana casi todas las mañanas (al menos 4 veces por semana) por lo menos durante tres meses seguidos?

No 0   
Sí 1

6. Si contesta “Sí” a la pregunta 4 o Pregunta 5, ¿por cuántos años ha tenido problema con la flema?

Años

7. ¿Alguna vez ha tenido ronquido o silbido en su pecho?

No 0  → **GO TO QUESTION 18**  
 Sí 1

8. ¿Más o menos cuántos años tenía usted cuando tuvo ronquido o silbido en su pecho por primera vez?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

9. ¿Alguna vez ha tenido un ataque de ronquido o silbido en su pecho que le hizo sentir que le faltaba la respiración?

No 0  → **GO TO QUESTION 13**  
 Sí 1

10. ¿Más o menos cuántos años tenía usted cuando tuvo su primer ataque de este tipo?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

11. ¿Alguna vez ha tenido 2 o más ataques de este tipo?

No 0   
 Sí 1   
 No sabe 9

12. ¿Alguna vez ha necesitado medicamento o tratamiento para los ataques de este tipo?

No 0   
 Sí 1   
 No sabe 9

13. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted ronquido o silbido en su pecho en alguna ocasión?

No 0  → **GO TO QUESTION 18**  
 Sí 1

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pecho le ronca o le silba...

14. cuando tiene un resfrío?

No 0   
 Sí 1

15. de vez en cuando, aparte de los resfríos?

No 0   
 Sí 1

16. más de una vez a la semana?

No 0   
 Sí 1

17. la mayoría de los días y las noches?

No 0   
 Sí 1

18. En los últimos 12 meses, ¿se ha despertado ya sea debido a la tos (aparte de ser una tos asociada con un resfrío o infección en el pecho) o por la falta de respiración o por sentir el pecho apretado?

No            0   
Sí             1

19. Cuando usted está cerca de animales (tales como gatos, perros o caballos), o cerca de plumas (incluyendo almohadas, edredones o colchas), o en una parte de la casa que tenga polvo o moho, ¿alguna vez:

	No	Sí
a. usted comienza a toser, a respirar con silbido, a sentirse con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. le gotea la nariz o se le congestiona, comienza, a estornudar o los ojos le pica o le lloran?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

20. Cuando usted está cerca de árboles, césped o flores, o cuando hay mucho polen en el aire, ¿alguna vez:

	No	Sí
a. usted comienza a toser, a respirar con silbido, a sentirse con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. le gotea la nariz o se le congestiona, comienza, a estornudar o los ojos le pica o le lagrimean?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

21. ¿Le han hecho le prueba de alergia en la piel?

No            0   
Sí             1

22. ¿Ha tenido sinusitis crónica?

No            0   
Sí             1

23. Cuando usted hace ejercicios o algún esfuerzo, o cuando el aire es frío, ¿alguna vez comienza toser, le ronca el pecho, se siente con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?

No            0   
Sí             1

24. ¿Tiene usted problemas de falta de respiración cuando camina apurado(a) en un terreno nivelado o cuando sube una pequeña colina?

No            0  → **GO TO QUESTION 29**  
Sí             1

25. ¿Tiene que caminar más despacio que otras personas de su edad en un terreno nivelado por falta de respiración?

No            0   
Sí             1   
No se aplica    2

26. ¿Alguna vez tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio paso en un terreno nivelado?

- No 0   
 Sí 1   
 No se aplica 2

27. ¿Alguna vez tiene que detenerse a respirar después de caminar alrededor de 100 yardas o 91 metros (después de unos minutos) en un terreno nivelado?

- No 0   
 Sí 1   
 No se aplica 2

28. ¿Tiene mucha falta de respiración para salir de la casa o le falta la respiración cuando se viste o desviste?

- No 0   
 Sí 1   
 No se aplica 2

29. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo cuántos días faltó al trabajo o la escuela debido a enfermedades o síntomas respiratorios?

- Ninguno 0   
 1-5 1   
 6-15 2   
 16 o más 3   
 No se aplica—no va a trabajar ni escuela 4  → **GO TO QUESTION 32**

30. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted síntomas respiratorios (tos, flema, ronquido o falta de respiración) que cambió durante los fines de semana, las vacaciones o en otras ocasiones en las que usted estuvo alejado(a) de su actual empleo? Si tiene más un empleo en la actualidad, piense en el empleo en el cual pasa la mayor parte del tiempo.

- No 0  → **GO TO QUESTION 32**  
 Sí 1   
 No sabe 2  → **GO TO QUESTION 32**  
 No se aplica—no tiene un trabajo actual en lo que trabaja afuera de la casa 3  → **GO TO QUESTION 32**

31. ¿Mejoran o empeoran sus síntomas respiratorios cuando usted está alejado(a) de su actual empleo?

- Mejoran 1   
 Empeoran 2   
 No sabe 9

**B. Respiratory Conditions**

32. ¿Alguna vez ha tenido asma? No 0  → **GO TO QUESTION 38**  
 Sí 1   
 No sabe 9  → **GO TO QUESTION 38**

33. ¿Más o menos a qué edad le empezó?  
  Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

**If age is known → GO TO QUESTION 34**

33a. Cuando era niño(a); edad desconocida

34. ¿Le fue diagnosticado por un doctor u otro profesional de la salud?  
 No 0   
 Sí 1   
 No sabe 9

35. ¿Todavía tiene asma?  
 No 0   
 Sí 1  → **GO TO QUESTION 37**  
 No sabe 9

36. ¿A qué edad se le quitó?  
  Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

37. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento medico, ha tomado medicamentos o ha usado inhalador para el asma?  
 No 0   
 Sí 1

38. ¿Alguna vez ha tenido fiebre del heno (alergia que da en la nariz y/o los ojos)?  
 No 0  → **GO TO QUESTION 40**  
 Sí 1   
 No sabe 9  → **GO TO QUESTION 40**

39. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado un aerosol nasal para la fiebre del heno?  
 No 0   
 Sí 1

40. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía pulmonía o bronconeumonía?  
 No 0  → **GO TO QUESTION 42**  
 Sí 1   
 No sabe 9  → **GO TO QUESTION 42**

41. ¿Más o menos que edad tenía cuando le dio pulmonía o bronconeumonía?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

**If age is known → GO TO QUESTION 42**

41a. Cuando era niño(a); edad desconocida

42. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tenía bronquitis crónica?

No 0  → **GO TO QUESTION 44**

Sí 1

No sabe 9  → **GO TO QUESTION 44**

43. ¿Más o menos que edad tenía cuando le dio bronquitis crónica por primera vez?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

**If age is known → GO TO QUESTION 44**

43a. Cuando era niño(a); edad desconocida

44. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema?

No 0  → **GO TO QUESTION 47**

Sí 1

No sabe 9  → **GO TO QUESTION 47**

45. ¿Más o menos a que edad le empezó?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

46. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado inhaladores para una enfermedad pulmonar obstructiva o enfisema?

No 0

Sí 1

### C. Family History Questions

Las siguientes preguntas se refieren a sus familiares consanguíneos. Cuando le pregunte por hermanos(as), no incluya a medios(as) hermanos(as).

47. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tuvieron un ataque de asma?

a. Madre No o No sabe 0  Sí 1

b. Padre No o No sabe 0  Sí 1

c. Hermanos(as) No o No sabe 0  Sí 1

48. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tuvieron bronquitis crónica, una enfermedad pulmonar obstructiva o enfisema?

a. Madre No o No sabe 0  Sí 1

b. Padre No o No sabe 0  Sí 1

c. Hermanos(as) No o No sabe 0  Sí 1

49. Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tuvieron fiebre del heno (alergia que da en la nariz y/o los ojos)?

- |                 |              |   |                          |    |   |                          |
|-----------------|--------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|
| a. Madre        | No o No sabe | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> |
| b. Padre        | No o No sabe | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> |
| c. Hermanos(as) | No o No sabe | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> |

#### D. Tuberculosis Screening

50. ¿Alguna vez le han dicho que tiene tuberculosis activa o TB (por sus siglas en inglés)?

- |         |   |                          |                            |
|---------|---|--------------------------|----------------------------|
| No      | 0 | <input type="checkbox"/> | → <b>GO TO QUESTION 52</b> |
| Sí      | 1 | <input type="checkbox"/> |                            |
| Rehusó  | 2 | <input type="checkbox"/> |                            |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |                            |

51. ¿Alguna vez le recetaron algún medicamento para tratar la tuberculosis activa o TB?

- |         |   |                          |
|---------|---|--------------------------|
| No      | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sí      | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Rehusó  | 2 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |

52. ¿Alguna vez le hicieron una prueba de tuberculosis en la piel o prueba TB (por ejemplo, prueba del derivado proteico de tuberculina o PPD, por sus siglas en inglés)?

- |         |   |                          |                            |
|---------|---|--------------------------|----------------------------|
| No      | 0 | <input type="checkbox"/> | → <b>GO TO QUESTION 55</b> |
| Sí      | 1 | <input type="checkbox"/> |                            |
| Rehusó  | 2 | <input type="checkbox"/> | → <b>GO TO QUESTION 55</b> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> | → <b>GO TO QUESTION 55</b> |

53. ¿Fue el resultado:

- |          |   |                          |                            |
|----------|---|--------------------------|----------------------------|
| Positivo | 1 | <input type="checkbox"/> |                            |
| Negativo | 2 | <input type="checkbox"/> | → <b>GO TO QUESTION 55</b> |
| No sabe  | 9 | <input type="checkbox"/> | → <b>GO TO QUESTION 55</b> |

54. ¿Le recetaron algún medicamento para evitar que se enfermara de tuberculosis o TB?

- |         |   |                          |
|---------|---|--------------------------|
| No      | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sí      | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |

55. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna para prevenir la tuberculosis o TB, llamada Bacilo Calmette-Guerin o BCG?

- |         |   |                          |
|---------|---|--------------------------|
| No      | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sí      | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Rehusó  | 2 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |

ID NUMBER:									FORM CODE: RSS	Contact			SEQ #		
									VERSION: A 7/19/07	Occasion					

**E. Current Home Environment**

56. Durante los últimos 12 meses, ¿ha habido en su hogar alguna inundación o algún daño causado por el agua?

No 0   
Sí 1

57. Durante los últimos 12 meses, ¿ha notado en su vivienda algo de moho u hongos en cualquier superficie, aparte de la comida?

No 0   
Sí 1