**Estudio de la Vivienda Ecológica**

****

# **Cuestionario de Pesquisa**

*El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en unos 10 minutos, esto incluye el tiempo que toma revisar las instrucciones, investigar las fuentes de la información, recoger y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de la información. Las agencias no pueden realizar o patrocinar la recolección de información, y las personas no están obligadas a proporcionar información, a menos que el formulario tenga un número de control OMB válido, no vencido. Envíe comentarios acerca del tiempo estimado para completar este cuestionario o acerca de cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX).*

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *(mm/dd/aa)*

*Si la madre es menor de 16 años,* ***PARE****. Esta casa no es elegible.*

2. ¿Cuántos niños con asma entre las edades de 7 a 12 años tiene usted? \_\_\_\_\_\_\_

*Si la respuesta a la Pregunta 2 es* ***Cero (0), PARE – no es elegible****.*

*Si la respuesta a la Pregunta 2 es* ***≥ 1*** *pregunte****:***

¿Cuántos niños/as con asma entre las edades de 7 a 12 (años) reúnen **todos** los siguientes criterios?

1. *Que un doctor o profesional de la salud haya dicho alguna vez que tuvo asma.*
2. *Niño/a que tuvo síntomas de asma en los últimos 6 meses.*
3. *Niño/a que no tenga algún padecimiento médico que le cause dificultades para participar en este estudio? (Ejemplos: fibrosis quística, parálisis cerebral).*
4. *Niño/a que duerma en esta dirección 7 noches por semana, en promedio.*

2.1 Por favor anote el número de niño/as \_\_\_\_\_\_\_

*Si la respuesta a la pregunta 2.1 es* ***Uno (1),*** *entonces el/la niño/a es elegible, si la respuesta es* ***más de 1****, entonces el niño/a más joven (y que esté dispuesto/a) es elegible. (Por favor anote a continuación la información del niño/a elegible).*

 2.1.1 ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño/a? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *(mm/dd/aa)*

2.1.2 ¿Es una niña o un niño? *(marque una con un círculo)* Niña Niño

**SI ESTA CASA ES ELEGIBLE, POR FAVOR RECOJA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO Y COMPLETE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO (y EL FORMULARIO DE ASENTIMIENTO, SI SE APLICA)**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Información de Contacto**

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *(mm/dd/aa)* Iniciales del Entrevistador (máx. 3): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Código del sitio del estudio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (si no hay un código disponible, escriba el nombre del complejo de viviendas)

**NOMBRE DE LA MADRE/CUIDADOR/A PRINCIPAL:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre Apellido ID del estudio (madre/cuidador/a principal)**

**NOMBRE DEL NIÑO/A CON ASMA ENROLADO (EDAD 7-12 AÑOS):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nombre Apellido ID del estudio (Niño con asma 7-12)**

**¿Cuál es su relación con {nombre del niño/niña}?**

1. Madre (BIOLÓGICA)
2. Madre (ADOPTIVA/DE CRIANZA)
3. Madre (MADRASTRA)
4. Padre (BIOLÓGICO)
5. Padre (ADOPTIVO/DE CRIANZA)
6. Padre (PADRASTRO)
7. Abuela
8. Tía
9. Tío
10. Abuelo
11. Otro pariente
12. Sin relación familiar

**DIRECCIÓN DE LA CASA:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Calle) (Apartamento # o Unidad #)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Longitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Latitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número telefónico: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número telefónico: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Marque uno con un círculo\*) H – C – W – O H – C – W – O

\*H=casa; C=cel.; W=trabajo; O=otro

Correo electrónico (email):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor dígame los nombres y números telefónicos de dos personas que sepan cómo comunicarse con usted.**

*(DIGA: Necesitamos esta información SOLAMENTE si ya hemos intentado llamarle varias veces para programar sus citas).*

1. Nombre del contacto alternativo #1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Apellido

Relación *(Marque una con un círculo)*:

Padre/madre Hermano/a Otro pariente Amigo/a Compañero/a de trabajo Esposo/a o Pareja Otro

Número telefónico: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número telefónico: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Marque una con un círculo\*) H – C – W – O H – C – W – O

1. Nombre del contacto alternativo #2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Apellido

Relación *(Marque una con un círculo)*:

Padre/madre Hermano/a Otro pariente Amigo/a Compañero/a de trabajo Esposo/a o Pareja Otro

Número telefónico: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número telefónico: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Marque una con un círculo\*) H – C – W – O H – C – W – O