

## Estudio de la Vivienda Ecológica



### Cuestionario Inicial (Características de la Casa)

*El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en unos 15 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).*





0920-XXXX

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

Household ID# \_\_\_\_\_

SÍ NO

*Si la respuesta es SÍ, marque con un círculo TODAS las que califiquen*

- 12.1 Veneno químico (para que se lo coman los roedores)
- 12.2 Trampas de pega
- 12.3 Trampas convencionales (de cierre brusco)
- 12.4 Exclusión física (ejemplo: tapar los hoyos)

**13. Durante los últimos 6 meses, ¿ha utilizado usted o un exterminador algún método de control de plagas (pesticidas, trampas, etc.) para controlar otros insectos (ejemplo: hormigas, polillas, arañas) en su casa?**

SÍ NO

*Si la respuesta es SÍ, marque con un círculo TODAS las que califiquen*

- 13.1 Trampas de pega
- 13.2 Trampas con cebo (ejemplo: Combat)
- 13.3 Ácido bórico
- 13.4 Gel
- 13.5 Insecticida con rociador
- 13.6 Métodos de exclusión (sellar grietas, hoyos, etc.)
- 13.7 Tiza china, Tres Pasitos, o Tempo
- 13.8 Otro

**14. ¿Ha limpiado el piso de la cocina con un trapeador mojado en los últimos 3 días?** SÍ NO

**15. Durante los últimos 6 meses, ¿cuál de estos métodos ha usado para limpiar los pisos de su casa?**

*Marque con un círculo TODAS las que califiquen*

- 15.1 Barrer con escoba
- 15.2 Trapeador seco
- 15.3 Trapeador húmedo (no usa mucha agua sobre el piso)
- 15.4 Trapeador mojado (vierte agua sobre el piso)
- 15.5 Aspiradora
- 15.6 Ninguno

**16. Durante los últimos 6 meses, ¿ha ocurrido alguna filtración de agua en su casa?**

(Humedad en los techos, pisos o paredes a consecuencia de filtraciones, tubos rotos, lluvia o inundaciones, etc.)

*(Marque con un círculo las respuestas)*

- |      |                |    |    |         |     |
|------|----------------|----|----|---------|-----|
| 16.1 | Cocina         | SÍ | No | No Sabe |     |
| 16.2 | Baño           | SÍ | No | No Sabe |     |
| 16.3 | Habitación(es) | SÍ | No | No Sabe |     |
| 16.4 | Sala           | SÍ | No | No Sabe |     |
| 16.5 | Sótano         | SÍ | No | No Sabe | N/A |
| 16.6 | Ático          | SÍ | No | No Sabe | N/A |

0920-XXXX

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

Household ID# \_\_\_\_\_

**17. Durante los últimos 6 meses, ¿ha percibido olor a moho, u olor a cerrado o a humedad en su casa?**      SÍ      NO      NS

**18. Durante los últimos 6 meses, ¿ha visto moho en su casa?**      SÍ      NO      NS

*Si la respuesta es SÍ, entonces pregunte*

**18.1 ¿El área mohosa era más grande que una hoja de papel?**      SÍ      NO      NS  
(muestre una hoja de papel, tamaño 8 ½ x 11 pulgadas)

**19. Durante el invierno, ¿añade usted humedad al aire en su casa?**      SÍ      NO

*Si la respuesta es SÍ, ¿cuál método usa usted? (Marque con un círculo TODAS las que califiquen)*

- 19.1 Humidificador de vapor frío
- 19.2 Humidificador de vapor caliente (vaporizador)
- 19.3 Ollas con agua sobre el radiador
- 19.4 Hervir agua en la estufa
- 19.5 Otro

**20. ¿Qué tipo de acondicionador de aire usa usted?**  
(Marque con un círculo TODAS las que califiquen)

- 20.1 Unidad central
- 20.2 Unidad de ventana o unidad portátil
- 20.3 Enfriador por evaporación de agua
- 20.4 N/A

**21. ¿Usa usted un deshumidificador?**      SÍ      NO

*Si la respuesta es SÍ, entonces pregunte*

**21.1 ¿Ha usado usted un deshumidificador en los últimos 6 meses?**      SÍ      NO      NS

**22. ¿Tiene(n) el baño (los baños) de su casa extractor(es) de aire?**      SÍ      NO      NS

*Si la respuesta es SÍ, entonces pregunte*

**22.1 En el baño donde usted se baña, ¿funciona el extractor de aire?**      SÍ      NO      NS

*Si la respuesta es SÍ, entonces pregunte*

**22.1.1 ¿Con qué frecuencia lo utiliza cuando se baña?**

- 1. Nunca
- 2. A veces
- 3. Todo el tiempo

**23. Durante el invierno, ¿cuál es el modo principal de calentar su casa?**  
(Marque con un círculo una sola respuesta)

- 1. Radiadores

0920-XXXX

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

Household ID# \_\_\_\_\_

2. Calefacción de zócalo (a lo largo de la base de la pared)
3. Aparatos de calefacción eléctricos
4. Ventanillas de aire caliente
5. Abre el horno
6. Aparato de calefacción con combustible de querosén
7. Hoguera/estufa para quemar madera
8. Otro

**24. Además de la principal fuente de calefacción, ¿usa usted otra fuente?** SÍ    NO

*Si la respuesta es SÍ, marque con un círculo TODAS las que califiquen*

- 24.1 Aparato de calefacción eléctrico
- 24.2 Aparato de calefacción con combustible de querosén
- 24.3 Otro tipo de aparato de calefacción
- 24.4 Abre el horno
- 24.5 Hoguera/estufa para quemar madera
- 24.6 Otro

**25. Durante el invierno, ¿qué tan agradable es la temperatura en su casa?**

1. Más o menos la correcta
2. Demasiado caliente
3. Demasiado fría

**26. Durante los últimos 6 meses, en promedio, ¿cuántas horas al día ha usado la estufa o el horno para cocinar?**

1. Nunca
2. Menos de una hora al día
3. 1-3 horas al día
4. Más de 3 horas al día

**27. ¿Qué tipo de estufa tiene usted?**

1. Gas
2. Eléctrica
3. N/A

**28. ¿Alguna vez las personas que le visitan fuman en su casa?** SÍ    NO    NS

**29. Actualmente ¿usted o alguna de las personas en su casa fuma cigarrillos, cigarros, pipas u otros productos de tabaco?** SÍ    NO    NS

*Si la respuesta es SÍ, entonces pregunte*

**29.1. ¿Las personas que fuman normalmente lo hacen dentro de la casa, fuera de la casa, o tanto dentro como fuera de la casa?**

1. Dentro de la casa
2. Fuera de la casa

0920-XXXX

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

Household ID# \_\_\_\_\_

3. Dentro y fuera de la casa
4. No sabe

**29.2 ¿Con qué frecuencia se fuma dentro de su casa?**

- a. Menos de una vez al día
- b. 1-3 veces al día
- c. 4-10 veces al día
- d. Más de 10 veces al día
- e. No se fuma dentro de la casa
- f. No sabe

**29.3 ¿Con qué frecuencia se fuman cigarrillos, pipas u otros productos de tabaco dentro de su casa?**

- a. Menos de una vez al día
- b. 1-3 veces al día
- c. 4-10 veces al día
- d. Más de 10 veces al día
- e. No se fuma dentro de la casa
- f. No sabe

**30. ¿Normalmente hay un filtro o purificador de aire dentro de su casa?** SÍ    NO    NS

*Si la respuesta es SÍ, ¿de qué tipo es? (Marque con un círculo TODAS las que califiquen)*

- a. Ionizer (ejemplo: Ionic Breeze o aparatos similares)
- b. Generador de ozono
- c. Filtro
- d. Otro

**31. En los últimos 6 meses, ¿ha cambiado alguna alfombra en su casa (bien sea alfombra de de área o alfombra de pared a pared)?** SÍ    NO    N/A

*Si la respuesta es SÍ, marque con un círculo TODAS las que califiquen:*

- 31.1      Añadió una alfombra
- 31.2      Retiró una alfombra

(Nota: reemplazar alfombras significa que debe marcar con un círculo las dos opciones)

**32. ¿Ha añadido/retirado algún mueble de su casa en los últimos 6 meses?** SÍ    NO

*Si la respuesta es SÍ, marque con un círculo TODAS las que califiquen:*

- 32.1      Añadió mueble/s tapizado/s
- 32.2      Retiró mueble/s tapizado/s
- 32.3      Añadió mueble/s de madera (ejemplo: madera o madera aglomerada)
- 32.4      Retiró mueble/s de madera (ejemplo; madera o madera aglomerada)

**33. ¿Ha añadido o retirado algún colchón en los últimos 6 meses?** SÍ    NO

*Si la respuesta es SÍ, por favor especifique:*

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

Household ID# \_\_\_\_\_

33.1	¿El colchón de [nombre del niño/a]?	SÍ	NO	N/A
33.2	¿El colchón de la madre o cuidador/a principal?	SÍ	NO	N/A
<b>34.</b>	<b>¿Ha pintado <u>usted</u> cualquier habitación de su casa en los últimos 6 meses?</b>	SÍ	NO	