OMB No. 0920-XXXX

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

Household ID# _____

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).

Appendix D1	Baseline Home	Characteristics	Survey
-------------	---------------	-----------------	--------

Household ID#	
---------------	--

Antes de administrar este cuestionario, identifique un evento memorable que haya ocurrido hace unos 6
meses, para que el/la participante lo use como punto de referencia para las preguntas que tienen que ver
con el tiempo transcurrido entre esta visita y la visita previa. Para este estudio <u>no es necesario que anote</u>
este evento, solamente se usa para administrar este cuestionario.

1. FECHA DE LA	ENTREVISTA/	_ /	(mm/dd/ad	aaa)	
2. INICIALES DE	L ENTREVISTADOR (máx.	3) _		_	-
1. 2. 3. 4.	edificio o casa (marque una co Casa de una familia despegada Casa de una familia pegada a Una casa con dos apartament Un edificio con tres o más de Otro (especifique)	la de otra/s otra/s cas os (casa do tres apart	s casa/s a/s e dos famili amentos	ŕ	
4. Número total de	pisos (no incluir el sótano)		_		
4.1. ¿Hay un só	tano en esta casa/edificio?		SÍ	NO	NS
4.2. En qué pi s	o está la habitación de la mad	lre/cuidad	lor/a princ	ipal?	
		(s	i está en el	sótano,	anote -1)
4.3. ¿En qué pis	o está la habitación de [nomb	re del niñ	o/a asmáti	co/a de	7-12 años]?
*****	********	`	i está en el ******	-	,
*****	Las preguntas anteriores serái	-	-		
_	as personas viven en su casa? _s pecifique cuántas son: 5.1 Niños menores de 5.2 Adultos (≥ 18 año	18 años			
6. ¿Cuándo (en qu	é año) se mudó usted a esta ca	ısa?		(aaa	ia)
Si se mudó en los úli 6.1	timos 12 meses, pregunte: ¿En qué mes se mudó?	(mm)			
NS = No sabe	R = Rehusó responder	` ,	A = No se ap	llica	

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Surve

Household ID#	
---------------	--

7. En el presente, ¿tiene mascotas o animales en la casa?

SÍ NO

Si la respuesta es NO, pase a la siguiente pregunta

Si la respuesta es $\mathbf{S}\hat{\mathbf{I}}$, especifique el número de cada tipo de mascota (s)

- 7.1 Gato _____
- 7.2 Perro _____
- 7.3 Pájaro _____
- 7.4 Otro (ejemplos: pez, reptil, roedor, hámster, etc.)
- 8. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha visto cucarachas en su casa?
 - 1. Nunca
 - 2. Una vez al mes
 - 3. Una vez por semana
 - 4. Diariamente
- 9. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha visto ratones en su casa?
 - 1. Nunca
 - 2. Una vez al mes
 - 3. Una vez por semana
 - 4. Diariamente
- 10. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha visto ratas en su casa?
 - 1. Nunca
 - 2. Una vez al mes
 - 3. Una vez por semana
 - 1. Diariamente
- 11. Durante los últimos 6 meses, ¿ha utilizado usted o un exterminador algún método de control de plagas (pesticidas, trampas, etc.) para controlar las cucarachas en su casa?

SÍ NO

Si la respuesta es $\mathbf{S}\mathbf{I}$, marque con un círculo \mathbf{TODAS} las que califiquen

- 11.1 Trampas de pega
- 11.2 Trampas de cebo (ejemplo: Combat)
- 11.3 Ácido bórico
- 11.4 Gel
- 11.5 Insecticida con rociador
- 11.6 Métodos de exclusión (sellar grietas, hoyos, etc.)
- 11.7 Tiza china, Tres Pasitos, o Tempo
- 11.8 Otro
- 12. Durante los últimos 6 meses, ¿ha utilizado usted o un exterminador algún método de control de plagas (pesticidas, trampas, etc.) para controlar los ratones y/o ratas en su casa?

NS = No sabe

R = Rehusó responder

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

Household ID#		
	SÍ	NO

Si la respuesta es $\mathbf{S}\mathbf{I}$, marque con un círculo \mathbf{TODAS} las que califiquen

- Veneno químico (para que se lo coman los roedores) 12.1
- 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 $\mathbf{S}\mathbf{I}$, marque con un círculo \mathbf{TODAS} las que califiquen

- 13.1 Trampas de pega
- 13.2 Trampas con cebo (ejemplo: Combat)
- Ácido bórico 13.3
- 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

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

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
- Trapeador húmedo (no usa mucha agua sobre el piso) 15.3
- 15.4 Trapeador mojado (vierte agua sobre el piso)
- 15.5 Aspiradora
- Ninguno 15.6

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

NS = No sabe R = Rehusó responder

Household ID# _____

NO

SÍ

17. Durante los últimos 6 meses, ¿ha percibido olor a moho, u olor a cerrado o a humedad en su casa?

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

Si la respuesta es $\mathbf{S}\mathbf{\hat{I}}$, 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 11pulgadas)

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

Si la respuesta es $\mathbf{S}\hat{\mathbf{I}}$, ¿cuál método usa usted? (Marque con un círculo **TODAS** las que califiquen)

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

20. ¿Qué tipo de acondicionador de aire usa usted?

(Marque con un círculo **TODAS** las que califiquen)

- Unidad central 20.1
- 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 $\mathbf{S}\mathbf{I}$, 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 $\mathbf{S}\mathbf{I}$, entonces pregunte

22.1 En el baño donde usted se baña, ¿funciona el extractor de aire? SÍ NS NO Si la respuesta es $\mathbf{S}\mathbf{I}$, 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

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 $\mathbf{S}\mathbf{\acute{I}}$, marque con un círculo \mathbf{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?

Si la respuesta es $\mathbf{S}\mathbf{I}$, 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

NS = No sabe

R = Rehusó responder

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 cigarros, 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 $\mathbf{S}\mathbf{I}$, ¿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 $\mathbf{S}\mathbf{I}$, marque con un círculo TODAS las que califiquen:

- Añadió una alfombra 31.1
- Retiró una alfombra 31.2

(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 $\mathbf{S}\mathbf{\acute{I}}$, marque con un círculo TODAS las que califiquen:

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

33. ¿Ha añadido o retirado algún colchón en los últimos 6 meses?

SÍ NO

Si la respuesta es $\mathbf{S}\mathbf{I}$, por favor especifique:

R = Rehusó responder

Form

OMB No.

8

0920-XXXX

Appendix D1 Baseline Home Characteristics Survey

rippendix D1 Buseinie 11	ome characteristics ourvey	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
34. ¿Ha pintado <u>usted</u> cualquier habitación de su casa en los últimos 6 meses?		SÍ	NO		

NS = No sabe R = Rehusó responder NA = No se aplica