

## **MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO**

Se calcula que el tiempo promedio que le tomará a cada participante dar esta información será de 30 minutos, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia puede realizar o patrocinar un estudio, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier aspecto de esta recopilación de información incluyendo sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)

## MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_ Identificación de estudio            
Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_  
Duración \_\_\_\_\_

### PARTE A.

Voy a comenzar con algunas preguntas generales acerca de usted, su salud y actividades recientes que están relacionadas con las medidas biométricas que recolectaremos hoy.

### DATOS DEMOGRÁFICOS

1. ¿Qué edad tiene?

- \_\_ Codifique edad en años  
7 No sabe/ No está seguro  
9 Se rehúsa

ASK ONLY IF FEMALE:

2. Que usted sepa, ¿está embarazada?

- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/ No está seguro  
8 Se rehúsa

### PRESIÓN ARTERIAL

3. Desde que le hicimos la última encuesta el [DATE], ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta?  
Si la respuesta es “Sí” y el participante es mujer, pregunte: “¿Esto fue únicamente durante su embarazo?”

- 1 Sí  
2 Yes, but female told only during pregnancy [Go to next section]  
3 No [Go to next section]  
4 Told borderline high or pre-hypertensive [Go to next section]  
7 No sabe/ No está seguro [Go to next section]  
9 Se rehúsa [Go to next section]

4. Desde que le hicimos la última encuesta el [DATE], ¿(ha) cambiado sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/ No está seguro  
9 Se rehúsa

5. Desde que le hicimos la última encuesta el [DATE], ¿(está) reduciendo el consumo de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?



**MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO** (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_ Identificación de estudio [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-  
Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_  
Duración \_\_\_\_\_

REFUSED – SKIP TO QUESTION 10

9a. ¿Cuánto fuma habitualmente por día?

-----

\_\_\_\_\_ Cigarrillos

\_\_\_\_\_ Puritos

\_\_\_\_\_ Cigarros

\_\_\_\_\_ Pipas

DON'T KNOW

REFUSED

10. ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, purito, cigarro o pipa, aunque sea una o dos caladas?

Hace horas

Hace días

Hace meses

Nunca fumó

DON'T KNOW

REFUSED

11. ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o picado, como Redman, Skoal, o Copenhagen?

1 Sí

2 No – SKIP TO QUESTION 12

DON'T KNOW – SKIP TO QUESTION 12

REFUSED – SKIP TO QUESTION 12

11a ¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que fumó alguno de esos?

\_\_\_\_\_ Hace horas

\_\_\_\_\_ Hace días

\_\_\_\_\_ Hace semanas

\_\_\_\_\_ Hace meses

DON'T KNOW

**MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO** (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_ Identificación de estudio            
Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_  
Duración \_\_\_\_\_

REFUSED

12. ¿Está actualmente usando algo para ayudarlo a dejar de fumar, como un parche de nicotina, chicle de nicotina, spray nasal o inhalador?

Sí

No – SKIP TO QUESTION 13

DON'T KNOW – SKIP TO QUESTION 13

REFUSED – SKIP TO QUESTION 13

12a. ¿Cuándo fue la última vez que usó alguna de estas cosas diseñadas para ayudarlo a dejar de fumar?

\_\_\_\_\_ Actualmente está usando (por ej. parche)

Hace horas

Hace días

\_\_\_\_\_ Hace semanas

\_\_\_\_\_ Hace meses

DON'T KNOW

REFUSED

13. (sin contarle a usted) ¿Alguien que vive aquí fuma cigarrillos, puritos, cigarros o pipas **en algún lugar dentro** de esta casa?

Sí

No – skip to question 16

Don't know – skip to question 16

Se rehúsa – skip to question 16

**MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO** (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_ Identificación de estudio            
Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_  
Duración \_\_\_\_\_

14. ¿Cuántos cigarrillos **por día** fuma habitualmente [usted/alguien en la casa] **en algún lugar dentro** de la casa?

\_\_\_ cantidad de cigarrillos en total

DON'T KNOW

REFUSED

15. En los últimos 7 días, ¿cuántos días fumó alguien cigarrillos, cigarros o pipas en algún lugar dentro de la casa?

Enter a number from 1-7.

16. Durante los últimos 7 días, esto es desde <DATE>, sin contar su casa, ¿cuántos días respiró el humo del cigarrillo de alguna persona que fumaba en un lugar público cerrado? Incluya el lugar donde trabaja si las personas fuman en un lugar cerrado ahí.

IF NEEDED, SAY: Ejemplos de lugares públicos cerrados son áreas interiores de tiendas, restaurantes, bares, casinos, centros nocturnos y estadios deportivos.

\_\_\_ CANTIDAD DE DÍAS

DON'T KNOW

REFUSED

**PESO**

17. ¿{Usted} considera {que actualmente está...?}

1 con sobrepeso

2 por debajo del peso normal

3 con el peso adecuado

7 No sabe/ No está seguro

9 Se rehúsa

18. Durante los últimos 12 meses, ¿{ha} intentado bajar de peso?

1 Sí

2 No

7 No sabe/ No está seguro

9 Se rehúsa

**MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO** (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_ Identificación de estudio     -       -  
Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_  
Duración \_\_\_\_\_

19. Durante los últimos 30 días, ¿ha aumentado de peso?

- 1 Sí - ¿Cuántas libras? \_\_\_\_\_ lbs./kg
- 2 No
- 7 No sabe/ No está seguro
- 9 Se rehúsa

**20. Durante los últimos 30 días, ¿ha perdido peso?**

- 1 Sí - ¿Cuántas libras? \_\_\_\_\_ lbs./kg
- 2 No
- 7 No sabe/ No está seguro
- 9 Se rehúsa

**INGESTA RECIENTE DE COMIDA**

21. ¿Qué alimento o alimentos comió durante su última comida o refrigerio? Enumere los alimentos y bebidas que ha ingerido en su última comida o refrigerio.

21a. ¿A qué hora comió el alimento? \_\_\_\_\_

22. ¿Está actualmente en ayunas?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/ No está seguro
- 9 Se rehúsa

**ENFERMEDADES RECIENTES**

23. Anote cualquier resfrío, gripe u otras enfermedades que haya tenido en las últimas 2 semanas. Para cada una, dígame cuán recientemente ocurrió la enfermedad.

**MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO** (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_ Identificación de estudio     -       -  
Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_  
Duración \_\_\_\_\_

Si no estuvo enfermo(a) en las últimas 2 semanas, marque aquí: \_\_\_\_\_

Enfermedad		Hoy-últimos 2 días	Últimos 2 días
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas nos ayudarán a analizar los resultados de su muestra de saliva.

24. ¿Alguna vez un doctor o dentista le dijo que tenía enfermedad periodontal (es decir, una infección de los tejidos blandos y huesos alrededor de sus dientes)?

Sí

No

25. Antes de esta visita, ¿cuándo fue la última vez que cepilló sus dientes?

Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

24a. La última vez que cepilló sus dientes, ¿vio un color rosado o rojizo cuando escupió en el lavabo?

Sí

No

Don't know



**MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO** (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_

Identificación de estudio     -     -

Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_

DON'T KNOW

REFUSED



**MEDICIÓN BIOMÉTRICA DEL ADULTO** (Completed by field investigator)

Entrevistador \_\_\_\_\_

Identificación de estudio [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-

Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_

11. ADULT ACCELEROMETRY  
STUDY

YES/NO.....

7a.. ACCELEROMETER ID #

ID.....

[ ][ ][ ][ ]-