

Youth Biometric Measures (Ages 12-17) - Spanish

Formulario aprobado
Número de OMB 0920-xxxx
Fecha de vigencia xx/xx/xxxx

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Se calcula que el tiempo promedio que le tomará a cada participante dar esta información será de 20 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)

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio [] [] [] [] []
_____ Fecha en la que se completó
Duración _____

Ahora voy a comenzar con algunas preguntas generales acerca de tu salud que se relacionan con las medidas biométricas que colectaremos hoy.

PARTE A.

ESO

¿Cómo describirías tu peso? Dirías...

- muy por debajo del peso normal
- un poco por debajo del peso normal
- casi el peso adecuado
- con un poco de sobrepeso
- con mucho sobrepeso

SABES

DESEAS CONTESTAR

¿Cuál de las siguientes afirmaciones estás tratando de hacer con respecto a tu peso?

Bajar de peso

Aumentar de peso

Mantenerme con el mismo peso

No estoy tratando de hacer nada con respecto a mi peso

SABES

DESEAS CONTESTAR

Durante los últimos 30 días, ¿estuviste **sin comer por 24 horas o más** (llamado también ayunar) para bajar de peso o para evitar aumentar de peso?

Sí

No

SABES

DESEAS CONTESTAR

Durante los últimos 30 días, ¿tomaste **alguna pastilla, polvo o líquido dietéticos** sin la consulta de un médico para bajar de peso o evitar aumentar de peso? (**No** incluyas productos de reemplazo de comidas como Slim Fast)

Sí

No

SABES

DESEAS CONTESTAR

Durante los últimos 30 días, ¿**vomitaste o tomaste laxantes** para perder peso o evitar aumentar de peso?

Sí

No

SABES

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____

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

Fecha en la que se completó

Duración _____

NO DESEAS CONTESTAR

Durante los últimos 30 días, ¿has aumentado de peso?

Sí - ¿Cuántas libras? _____ lb.

No

No sabes

No deseas contestar

Durante los últimos 30 días, ¿has perdido peso?

Sí - ¿Cuántas libras? _____ lb.

No

No sabes

No deseas contestar

TABACO: USO/EXPOSICIÓN

Ahora, te preguntaré acerca del uso de tabaco. Te haré la pregunta y puedes decirme el número en la tarjeta que muestra cuál es tu respuesta. Le haré estas preguntas a todos, hayan dicho que fuman o no.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días estuviste en la misma habitación con alguien que estaba fumando cigarrillos?

ENTER NUMBER OF DAYS: _____

NO SABES

NO DESEAS CONTESTAR

¿Fumas actualmente cigarrillos, puritos, cigarros o pipa?

- 1 Sí
 - 2 No – SKIP TO QUESTION 10
- DON'T KNOW – SKIP TO QUESTION 10
REFUSED – SKIP TO QUESTION 10

9a. ¿Cuánto fumas normalmente por día?

_____ Cigarrillos
Puritos
Cigarros
Pipas

NO SABES

NO DESEAS CONTESTAR

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio [] [] [] [] []
Fecha en la que se completó _____
Duración _____

1. ¿Cuánto tiempo hace que fumaste por última vez un cigarrillo, purito, cigarro o pipa, aunque sea una o dos probadas?

____ Hace horas

____ Hace días

____ Hace meses

____ Nunca fumé

NO SABES

NO DESEAS CONTESTAR

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

1 Sí

2 No – SKIP TO QUESTION 12

NO SABES – SKIP TO QUESTION 12

NO DESEAS CONTESTAR – SKIP TO QUESTION 12

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

____ Hace horas

____ Hace días

____ Hace meses

____ Nunca los usó

NO SABES

NO DESEAS CONTESTAR

3. ¿Estás actualmente usando algo para ayudarte a dejar de fumar, como un parche de nicotina, chicle de nicotina, spray nasal o inhalador?

____ Sí

____ No – SKIP TO QUESTION 13

NO SABES – SKIP TO QUESTION 13

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____

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

Fecha en la que se completó

Duración _____

NO DESEAS CONTESTAR – SKIP TO QUESTION 13

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

_____ Actualmente estás usando (por ej. parche)

Hace horas

Hace días

_____ Hace meses

_____ Nunca las usaste

GESTA RECIENTE DE COMIDA

13. ¿Qué alimento o alimentos comiste durante tu última comida o refrigerio? Enumera todos los alimentos y bebidas que has ingerido en tu última comida o refrigerio.

13a. ¿A qué hora comiste el alimento? _____ AM/PM _____

14. ¿Estás actualmente en ayunas?

1 Sí

2 No

7 Don't know / Not sure

9 No deseas contestar

ENFERMEDADES RECIENTES

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio [][][][][][]
 _____ Fecha en la que se completó
 Duración _____

15. Anota cualquier resfrío, gripe u otras enfermedades que hayas tenido en las últimas 2 semanas. Para cada una, dime cuán recientemente ocurrió la enfermedad.
 Si no estuvo enfermo(a) en las últimas 2 semanas, marca aquí:

Enfermedad	Hoy-	Últimos 2 días	Últimas 2 semanas
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 tu muestra de saliva.

16. ¿Alguna vez un doctor o dentista te dijo que tenías enfermedad periodontal (es decir, una infección de los tejidos blandos y huesos alrededor de tus dientes)?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

17. ¿Usas frenos?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

18. Antes de esta visita, ¿cuándo fue la última vez que te cepillaste los dientes?

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio [] [] [] [] []
 _____ Fecha en la que se completó
 Duración _____

Hora: _____ AM/PM

18a. La última vez que te cepillaste los dientes, ¿viste un color rosado o rojizo cuando escupiste en el lavabo?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

19. En las últimas 24 horas, ¿has tenido alguna lesión en tu boca o trabajo dental que te haya causado sangrado?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

20. ¿Tienes llagas abiertas o cortes en tu boca?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

SO RECIENTE DE MEDICAMENTOS

21. ¿Qué medicamentos estás tomando actualmente? (medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas, suplementos dietéticos, etc.)

INTERVIEWER INSTRUCTION – IF THE PERSON IS CURRENTLY TAKING THE MEDICATION, INDICATE “ONGOING” FOR THE STOP DATE AND MARK “ACTUALMENTE” AS YES.

_____ No tomas medicamentos

NOMBRE (marca/genérico)	DOSIS (Mg, etc.)	FRECUENCIA (1X, 2X, etc.)	VÍA (Oral, inyección, etc.)	INDICACIÓN (Hipertensión, etc.)	FECHA DE INICIO (MM/AA)	FECHA DE FINALIZACIÓN (MM/AA)	¿ACTUALMENTE? (Yes/No)
<i>Example:</i>	<i>5mg</i>	<i>1X</i>	<i>oral</i>	<i>High Blood</i>	<i>3/2008</i>	<i>ongoing</i>	

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio [][][][][]
_____ Fecha en la que se completó
Duración _____

STUDY PARTICIPANT?

ACCELEROMETER ID #

ID..... [][][][][]