

Formulario aprobado  
No. de la OMB 0920-xxxx  
Fecha de vencimiento xx/xx/xxxx

## **Diario de información e instrucciones para el monitor del aire**

**Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 4 minutos por formulario o 30 minutos en un periodo de siete días, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)**

## Instrucciones para el diario de tiempo

En este estudio, necesitamos información de las actividades dentro de su hogar para poder interpretar la información del monitoreo del aire. Usando UN **Formulario Diario para el aire** CADA DÍA, quisiéramos que marque lo siguiente: (1) el tiempo en que usted u otras personas que viven ahí están en casa; (2) cuándo y dónde siente el olor a humo de cigarrillo; (3) si hay otras actividades que puedan producir humo o partículas de humo; y (4) si usted hace algo para aumentar la circulación de aire (por ejemplo, abrir una ventana o usar un ventilador) y por cuánto tiempo.

Llene UN Formulario Diario para el aire, cada día. UNO de los habitantes del hogar será designado para que llene el formulario cada día. En estas instrucciones llamaremos a esta persona "la persona que llena el formulario". Normalmente, será la persona que contestó la encuesta. Si usted (la "persona que llena el formulario") no está en casa durante uno de estos periodos de tiempo, por favor cuando complete el diario para ese periodo de tiempo, consulte con otras personas que estaban en casa.

Usted debe tener DIEZ copias del **Formulario Diario para el aire** (SIETE días, más TRES adicionales)

Hay cuatro filas en el formulario que debe completar. Cada fila corresponde a un periodo distinto de 6 horas, comenzando a la media noche. Por ejemplo, la primera fila es para el periodo de tiempo desde "media noche hasta las 6 de la mañana" y la segunda fila es para el periodo desde las "6 de la mañana hasta el medio día" y así adelante. En cada fila se le pide exactamente la misma información que en las otras filas - lo único que cambia es el periodo de tiempo.

Por favor use las siguientes instrucciones para llenar las 4 filas del formulario. Hay un total de SIETE columnas de información para cada fila.

**Columna UNO:** Marque el círculo "Sí, en casa" si usted (la "persona que llena el formulario") estuvo en casa un mínimo de 3 horas durante el periodo de tiempo O marque "No, no en casa" si usted no estuvo en casa un mínimo de 3 horas.

**Columna DOS:** ¿Sintió ALGUIEN en casa olor a humo de tabaco durante este periodo de tiempo? De ser así, marque el círculo "Sí", de lo contrario, marque "No". Marque "No sé" únicamente si usted no estaba en casa y los demás no pudieron ayudarle a contestar esta pregunta.

**Columna TRES:** Si ALGUIEN en la casa sintió olor a humo de tabaco durante este periodo de tiempo, marque el círculo correspondiente a la habitación donde se sentía el olor **MÁS FUERTE** a humo de

tabaco. Si no se incluye la habitación, marque el círculo "Otro" y anote la habitación donde se sentía el olor MÁS FUERTE a humo de tabaco. Si no se sintió olor a humo de tabaco, marque el círculo "No hubo olor a tabaco/No sé". Marque "No sé" únicamente si usted no estaba en casa y los demás no pudieron ayudarle a contestar esta pregunta.

Columna CUATRO ¿Cocinó ALGUIEN en casa en la estufa u horno durante este periodo de tiempo? De ser así, marque TODAS las casillas que correspondan a la manera en que se cocinó. Si no se cocinó O si usted no estaba en casa y los demás no le pudieron ayudar a contestar esta pregunta, NO marque ninguna casilla.

Columna CINCO: ¿Hizo ALGUIEN en la casa alguna actividad que generara partículas en el aire? Por ejemplo, ¿ALGUIEN en casa quemó incienso, encendió una chimenea o limpió el polvo de los muebles? De ser así, marque todas las casillas correspondientes a las actividades que CUALQUIER persona hizo durante ese periodo de tiempo. Si no se incluye la actividad, marque la casilla "Otra" y anote la actividad. Si no se hicieron estas actividades O si usted no estaba en casa y los demás no le pudieron ayudar a contestar esta pregunta, NO marque ninguna casilla.

Columna SEIS: ¿Hizo ALGUIEN algo para aumentar la circulación de aire (ventilación) en la casa durante este periodo de tiempo durante 5 O MÁS MINUTOS? Por ejemplo, ¿abrió alguien en casa una ventana para que entrara aire, o encendió alguien el aire acondicionado central? De ser así, marque todas las casillas correspondientes a las actividades que CUALQUIER persona hizo durante ese periodo de tiempo.

Columna SIETE: Si ALGUIEN hizo algo para aumentar la circulación de aire (ventilación) en la casa durante este periodo de tiempo durante 5 O MÁS MINUTOS, marque el círculo correspondiente al tiempo TOTAL APROXIMADO durante el cual sucedió alguna actividad que aumentó la circulación de aire. Por ejemplo, si el extractor de la cocina estuvo encendido por 10 minutos, marque "Menos de 1 hora", si una o más ventanas estuvieron abiertas por 15 minutos Y el ventilador estuvo encendido por 30 minutos AL MISMO TIEMPO, marque el círculo "Menos de 1 hora". Si la ventana estuvo abierta por 30 minutos y el ventilador estuvo encendido por 1 hora en momentos DISTINTOS, marque el círculo "1 a 2 horas". Para el aire acondicionado central, incluya TODO el tiempo en que el termostato estuvo programado para enfriar o calentar la casa - incluso si durante este periodo se encendió y apagó de manera intermitente. Si NADIE hizo ninguna actividad para aumentar la circulación de aire, marque el

círculo "Ninguna circulación de aire". Si usted no estaba en casa y los demás no pudieron ayudarle a contestar esta pregunta, NO marque ninguna casilla.

EJEMPLO DEL DIARIO PARA EL AIRE

Anote la fecha (MM/DD/AA) y el día de la semana. Anote en el formulario las actividades que **ALGUNA** persona haya hecho este día.

**Diario para el aire**

MM/DD/AA:

Día de la semana:

Home ID#:

LAMUH-A0234

HORA DEL DÍA	OCUPACIÓN	¿SE SINTIÓ OLOR A HUMO DE TABACO ?	HABITACIÓN DONDE SE SINTIÓ EL OLOR MÁS FUERTE A HUMO DE TABACO	¿SE COCINÓ EN ESTUFA U HORNO?	¿OTRAS ACTIVIDADES QUE GENERARON PARTÍCULAS ?	¿SE AUMENTÓ LA CIRCULACIÓN DE AIRE?	TIEMPO EN QUE SE AUMENTÓ LA CIRCULACIÓN DE AIRE
	¿Estuvo la persona que llena el formulario un mínimo de 3 horas en casa durante este periodo de tiempo? ¿Hubo otros adultos o niños en casa un mínimo de 3 horas durante este periodo de tiempo?	¿Se sintió olor a humo de tabaco durante este periodo de tiempo?	Si fue así, marque UNA habitación donde se sentía el olor <u>más fuerte</u>	Marque TODAS las maneras en que se cocinó durante este periodo de tiempo	Marque TODAS las actividades que generaron partículas que sucedieron durante este periodo de tiempo	Marque TODAS las actividades que aumentaron la circulación de aire durante 5 O MÁS MINUTOS durante este periodo de tiempo	Marque el TIEMPO TOTAL en que ocurrió ALGUNA actividad que aumentó la circulación de aire
<b>Medianoche a 6 de la mañana</b>	<input type="checkbox"/> ¿Estuvo la persona que llena el formulario en casa? <input type="checkbox"/> ¿Hubo otros adultos en casa?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se sintió olor o No sé <input type="radio"/> SALA <input type="radio"/> DORM1 <input type="radio"/> COCINA <input type="radio"/> DORM2 <input type="radio"/> COMEDOR <input type="radio"/> DORM3	<input type="checkbox"/> Se usó gas o propano <input type="checkbox"/> Se usó aceite para asar o freír <input type="checkbox"/> Se cocinó hirviendo o a fuego lento <input type="checkbox"/> Se horneó	<input type="checkbox"/> Quitar el polvo o barrer <input type="checkbox"/> Incienso o velas <input type="checkbox"/> Rociador o aerosol	<input type="checkbox"/> Se abrió ventana/puerta <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado o ventilador de ventana <input type="checkbox"/> Se encendió el extractor de la cocina <input type="checkbox"/> Se encendió el	<input type="radio"/> No se aumentó la circulación <input type="radio"/> menos de 1 hora <input type="radio"/> 1 a 2 horas <input type="radio"/> 2 a 3 horas <input type="radio"/> más de 3

	<input type="checkbox"/> ¿Hubo niños en casa? <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> BAÑO1 <input type="radio"/> BAÑO2 <input type="radio"/> Otra habitación, especifique:	<input type="checkbox"/> Se asó en el horno <input type="checkbox"/> Se cocinó en micro-ondas <input type="checkbox"/> Se quemó la comida	<input type="checkbox"/> Estufa o chimenea a leña <input type="checkbox"/> Humidificador o vapor <input type="checkbox"/> Trabajo de carpintería o drywall <input type="checkbox"/> Otro, especifique:	extractor del baño <input type="checkbox"/> Se encendió un ventilador de techo o de mesa <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado central <input type="checkbox"/> Se encendió un ventilador purificador de aire	horas	
<b>6 de la mañana al medio día</b>	<input type="checkbox"/> ¿Estuvo la persona que llena el formulario en casa? <input type="checkbox"/> ¿Hubo otros adultos en casa? <input type="checkbox"/> ¿Hubo niños en casa?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No se sintió olor o No sé <input type="radio"/> SALA <input type="radio"/> DORM1 <input type="radio"/> COCINA <input type="radio"/> DORM2 <input type="radio"/> COMEDOR <input type="radio"/> DORM3 <input type="radio"/> BAÑO1 <input type="radio"/> BAÑO2 <input type="radio"/> Otra habitación, especifique:	<input type="checkbox"/> Se usó gas o propano <input type="checkbox"/> Se usó aceite para asar o freír <input type="checkbox"/> Se cocinó hirviendo o a fuego lento <input type="checkbox"/> Se horneó <input type="checkbox"/> Se asó en el horno <input type="checkbox"/> Se cocinó en micro-ondas <input type="checkbox"/> Se quemó la comida	<input type="checkbox"/> Quitar el polvo o barrer <input type="checkbox"/> Incienso o velas <input type="checkbox"/> Rociador o aerosol <input type="checkbox"/> Estufa o chimenea a leña <input type="checkbox"/> Humidificador o vapor <input type="checkbox"/> Trabajo de carpintería o drywall <input type="checkbox"/> Otro, especifique:	<input type="checkbox"/> Se abrió ventana/puerta <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado o ventilador de ventana <input type="checkbox"/> Se encendió el extractor de la cocina <input type="checkbox"/> Se encendió el extractor del baño <input type="checkbox"/> Se encendió un ventilador de techo o de mesa <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado central <input type="checkbox"/> Se encendió un ventilador purificador de aire	<input type="radio"/> No se aumentó la circulación <input type="radio"/> menos de 1 hora <input type="radio"/> 1 a 2 horas <input type="radio"/> 2 a 3 horas <input type="radio"/> más de 3 horas
<b>Medio día a 6 de la tarde</b>	<input type="checkbox"/> ¿Estuvo la persona que llena el formulario en casa? <input type="checkbox"/> ¿Hubo otros adultos en casa? <input type="checkbox"/> ¿Hubo niños en casa?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No se sintió olor o No sé <input type="radio"/> SALA <input type="radio"/> DORM1 <input type="radio"/> COCINA <input type="radio"/> DORM2 <input type="radio"/> COMEDOR <input type="radio"/> DORM3 <input type="radio"/> BAÑO1 <input type="radio"/> BAÑO2	<input type="checkbox"/> Se usó gas o propano <input type="checkbox"/> Se usó aceite para asar o freír <input type="checkbox"/> Se cocinó hirviendo o a fuego lento <input type="checkbox"/> Se horneó <input type="checkbox"/> Se asó en el horno	<input type="checkbox"/> Quitar el polvo o barrer <input type="checkbox"/> Incienso o velas <input type="checkbox"/> Rociador o aerosol <input type="checkbox"/> Estufa o chimenea a leña	<input type="checkbox"/> Se abrió ventana/puerta <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado o ventilador de ventana <input type="checkbox"/> Se encendió el extractor de la cocina <input type="checkbox"/> Se encendió el extractor del baño <input type="checkbox"/> Se encendió un	<input type="radio"/> No se aumentó la circulación <input type="radio"/> menos de 1 hora <input type="radio"/> 1 a 2 horas <input type="radio"/> 2 a 3 horas <input type="radio"/> más de 3 horas

			<input type="radio"/> Otra habitación, especifique:	<input type="checkbox"/> Se cocinó en micro-ondas <input type="checkbox"/> Se quemó la comida	<input type="checkbox"/> Humidificador o vapor <input type="checkbox"/> Trabajo de carpintería o drywall <input type="checkbox"/> Otro, especifique:	ventilador de techo o de mesa <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado central <input type="checkbox"/> Se encendió un ventilador purificador de aire	
<b>6 de la tarde a medianoche</b>	<input type="checkbox"/> ¿Estuvo la persona que llena el formulario en casa? <input type="checkbox"/> ¿Hubo otros adultos en casa? <input type="checkbox"/> ¿Hubo niños en casa?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No se sintió olor o No sé <input type="radio"/> SALA <input type="radio"/> DORM1 <input type="radio"/> COCINA <input type="radio"/> DORM2 <input type="radio"/> COMEDOR <input type="radio"/> DORM3 <input type="radio"/> BAÑO1 <input type="radio"/> BAÑO2 <input type="radio"/> Otra habitación, especifique:	<input type="checkbox"/> Se usó gas o propano <input type="checkbox"/> Se usó aceite para asar o freír <input type="checkbox"/> Se cocinó hirviendo o a fuego lento <input type="checkbox"/> Se horneó <input type="checkbox"/> Se asó en el horno <input type="checkbox"/> Se cocinó en micro-ondas <input type="checkbox"/> Se quemó la comida	<input type="checkbox"/> Quitar el polvo o barrer <input type="checkbox"/> Incienso o velas <input type="checkbox"/> Rociador o aerosol <input type="checkbox"/> Estufa o chimenea a leña <input type="checkbox"/> Humidificador o vapor <input type="checkbox"/> Trabajo de carpintería o drywall <input type="checkbox"/> Otro, especifique:	<input type="checkbox"/> Se abrió ventana/puerta <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado o ventilador de ventana <input type="checkbox"/> Se encendió el extractor de la cocina <input type="checkbox"/> Se encendió el extractor del baño <input type="checkbox"/> Se encendió un ventilador de techo o de mesa <input type="checkbox"/> Se encendió el aire acondicionado central <input type="checkbox"/> Se encendió un ventilador purificador de aire	<input type="radio"/> No se aumentó la circulación <input type="radio"/> menos de 1 hora <input type="radio"/> 1 a 2 horas <input type="radio"/> 2 a 3 horas <input type="radio"/> más de 3 horas