

**Appendix L:
Asthma in Healthcare Survey
Spanish Translation**

Preguntas de elegibilidad

E1. ¿Es usted mayor de 18 años?

No Sí

SI LA RESPUESTA ES ‘No’: Gracias por su interés en la encuesta. Lamentablemente, usted no es elegible para participar.

SI LA RESPUESTA ES ‘Sí’: vaya a la pregunta E2.

E2. ¿Cuál es su situación laboral *actual*? Marque solo la mejor respuesta.

Actualmente empleado/a en la industria de la atención médica

Empleado/a fuera de la industria de la atención médica

Desempleado/a

Discapacitado/a

Con licencia por razones familiares

Con licencia por enfermedad prolongada

Jubilado/a

Estudiante

Otro (especifique): _____

SI respondió ‘actualmente empleado/a en la industria de la atención médica’: vaya a la pregunta 1.

SI respondió ‘empleado/a fuera de la industria de la atención médica’: vaya a la pregunta E3.

SI respondió ‘desempleado/a, discapacitado/a, con licencia por razones familiares, con licencia por enfermedad prolongada, jubilado/a, estudiante u otro’: vaya a la pregunta E6.

E3. Escriba el cargo en el trabajo que tenía 5 años atrás. _____

E4. ¿Qué tareas realizaba en el trabajo que tenía 5 años atrás? _____

E5. ¿Cuál era el nombre de la compañía para la que trabajaba 5 años atrás? _____

E6. ¿No trabaja en la industria de la atención médica debido a problemas respiratorios relacionados con el trabajo?

No Sí

SI la respuesta es “Sí” o “No”: Gracias por su interés en la encuesta. Lamentablemente, usted no es elegible para participar.

Síntomas respiratorios

1 ¿Ha tenido dificultad para respirar o un silbido en el pecho en algún momento de los últimos **12 meses**? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 2.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí':

1.1 ¿Le ha faltado por completo el aire cuando sentía dificultad para respirar? No Sí

1.2 ¿Ha tenido esta dificultad para respirar o el silbido cuando **no** estaba resfriado? No Sí

2 ¿Se ha despertado con la sensación de opresión en el pecho en algún momento de los últimos **12 meses**? No Sí

3 ¿Ha tenido un ataque de falta de aire en algún momento de los últimos **12 meses**? No Sí

4 ¿Ha tenido un ataque de falta de aire durante el día mientras descansaba en algún momento de los últimos **12 meses**? No Sí

5 ¿Ha tenido un ataque de falta de aire **después** de una actividad extenuante en algún momento de los últimos **12 meses**? No Sí

6 ¿Se ha despertado por un ataque de falta de aire en algún momento de los últimos **12 meses**? No Sí

7 En los últimos **12 meses**, ¿ha tosido **con frecuencia** durante el día o la noche en el invierno? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 8.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí':

7.1 En los últimos **12 meses**, ¿ha tosido de esta manera la mayoría de los días durante un período de 3 meses? No Sí

8 ¿Se ha despertado por un ataque de tos en algún momento de los últimos **12 meses**? No Sí

9 En los últimos **12 meses**, ¿ha expulsado **con frecuencia** flema (mucosidad) de su pecho durante el día o la noche en el invierno? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 10.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí':

9.1 En los últimos **12 meses**, ¿ha expulsado flema (mucosidad) de esta manera la mayoría de los días durante un período de 3 meses? No Sí

10 Cuando se encuentra cerca de animales, como gatos, perros o caballos, **¿alguna vez le ocurre lo siguiente?**

Siente picazón en los ojos o se ponen lagrimosos. No Sí

Tiene una sensación de opresión en el pecho. No Sí

Tiene congestión nasal o congestión o presión en los senos nasales. No Sí

11 Cuando se encuentra en una parte de la casa con mucho polvo, o cerca de almohadas o colchas, **¿alguna vez le ocurre lo siguiente?**

Siente picazón en los ojos o se ponen lagrimosos.

No Sí

Tiene una sensación de opresión en el pecho.

No Sí

Tiene congestión nasal o congestión o presión en los senos nasales.

No Sí

12 Cuando se encuentra cerca de árboles, césped o flores, o cuando hay mucho polen en el aire, **¿alguna vez le ocurre lo siguiente?**

Siente picazón en los ojos o se ponen lagrimosos.

No Sí

Tiene una sensación de opresión en el pecho.

No Sí

Tiene congestión nasal o congestión o presión en los senos nasales.

No Sí

La pregunta 13 es sobre la dificultad para respirar EN CUALQUIER MOMENTO DE SU VIDA.

13 **¿Alguna vez** ha tenido dificultad para respirar?

No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 15.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí':

13.1 ¿Qué tipo de dificultad tuvo? *Marque solo la mejor respuesta.*

Constantemente, como si la respiración no fuera muy buena.

Con regularidad, aunque mejora por completo.

Solo en raras ocasiones.

13.2 ¿Su entorno de trabajo fue el causante de esta dificultad para respirar?

No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 15.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí': vaya a la pregunta 14.

14 ¿Qué tipo de exposición en el trabajo causa o desencadena dificultades para respirar o síntomas respiratorios como dificultad para respirar, opresión en el pecho, falta de aire, tos o flema?

Marque todos los desencadenantes que apliquen a su caso.

Desencadenantes de síntomas en el lugar de trabajo

Productos de limpieza

Líquidos limpiadores o cera para el piso

Soluciones desinfectantes o esterilizantes

Desinfectante líquido para manos

Adhesivos, pegamentos o removedores

Medicamentos en aerosol

Gases o vapores

Productos de látex

Temperaturas muy frías o muy calientes

Si hay otros desencadenantes en el trabajo que no se enumeren en la lista, especifíquelos:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

No sabe

Asma

15 ¿Ha tenido **ALGUNA VEZ** asma? No Sí

16 ¿Ha tenido **ALGUNA VEZ** un episodio con síntomas del asma? No Sí

SILA RESPUESTA ES 'SÍ' para AMBAS preguntas 15 y 16: siga con la pregunta 17.

SILA RESPUESTA ES 'NO' para UNA O AMBAS preguntas 15 y 16: vaya a la pregunta 27.

17 ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer episodio con síntomas del asma? ___ años.

18 ¿Estaba empleado cuando tuvo su primer episodio con síntomas del asma? No Sí

SILA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 19.

SILA RESPUESTA ES 'Sí': Cuando tuvo su primer episodio con síntomas del asma:

18.1 ¿Qué tipo de trabajo tenía?

Cargo: _____

18.2 ¿Qué tareas realizaba en este trabajo?

18.3 ¿Para qué tipo de compañía trabajaba?

19 ¿Algún médico ha confirmado que usted tiene asma? No Sí

SILA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 20.

SILA RESPUESTA ES 'SÍ':

19.1 ¿A qué edad un médico confirmó que usted tiene asma? ___ años.

20 Luego de un ataque de asma, ¿tuvo alguna vez un período sin síntomas del asma? No Sí

SILA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 21.

SILA RESPUESTA ES 'SÍ':

20.1 ¿A qué edad desaparecieron sus síntomas del asma? ___ años.

20.2 ¿Reaparecieron alguna vez sus síntomas del asma? No Sí

SILA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 21.

SILA RESPUESTA ES 'SÍ':

20.2.1 ¿A qué edad reaparecieron sus síntomas del asma? ___ años.

20.2.2 ¿Estaba empleado cuando reaparecieron sus síntomas del asma? No Sí

SILA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 21.

SILA RESPUESTA ES 'SÍ':

20.2.2.1 ¿Qué tipo de trabajo tenía?

Cargo: _____

20.2.2.2 ¿Qué tareas realizaba en este trabajo?

20.2.2.3 ¿Para qué tipo de compañía trabajaba?

21 ¿Ha tenido algún ataque de asma en los últimos **12 meses**? Un ataque de asma o un episodio de asma se produce cuando sus síntomas del asma empeoran en comparación con lo habitual. No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'NO': 21.1 ¿En qué año tuvo su último ataque de asma? _ _ _ _

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ': 21.2 ¿Cuántos ataques de asma tuvo en los últimos **12 meses**?
Escriba un número aproximado. _ _ _ ataques.

22 ¿Actualmente toma algún medicamento para el asma, como inhaladores, aerosoles o comprimidos? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 23.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ':

22.1 En los últimos **12 meses**, ¿utilizó broncodilatadores de acción rápida (o de rescate) para el asma? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 22.2.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ':

22.1.1 En los últimos **12 meses**, ¿hubo ocasiones en las que aumentó el uso de broncodilatadores de acción rápida (o de rescate) durante un período corto (de 2 días a 2 semanas)? No Sí

22.2 En los últimos **12 meses**, ¿utilizó esteroides inhalados para el asma? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 22.3.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ':

22.2.1 En los últimos **12 meses**, ¿hubo ocasiones en las que aumentó el uso de esteroides inhalados durante un período corto (de 2 días a 2 semanas)? No Sí

22.3 En los últimos **12 meses**, ¿utilizó esteroides orales (como prednisona) para el asma? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 23.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ':

22.3.1 En los últimos **12 meses**, ¿hubo ocasiones en las que aumentó el uso de esteroides orales durante un período corto (de 2 días a 2 semanas)? No Sí

23 ¿Ha tenido que faltar al trabajo por asma en los últimos **12 meses**? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 24.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ':

23.1 ¿Cuántos días tuvo que faltar al trabajo por asma en los últimos **12 meses**?
Escriba un número aproximado. _ _ días.

24 En los últimos **12 meses**, ¿alguna vez fue al trabajo aunque sus síntomas del asma fueran particularmente fuertes? No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 25.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ':

24.1 En los últimos **12 meses**, ¿durante cuántos días fue al trabajo aunque sus síntomas del asma fueran particularmente fuertes? *Escriba un número aproximado.* __ __ días.

25 ¿Alguna vez lo internaron durante la noche (o más tiempo) por asma?

No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 26.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí':

25.1 En los últimos **12 meses**, ¿lo internaron durante la noche por asma?

No Sí

26 En los últimos **12 meses**, ¿recibió tratamiento de urgencia para un ataque de asma en un consultorio médico, centro de atención de urgencia o departamento de emergencia?

No considere citas de rutina planificadas. (Un ataque de asma o un episodio de asma se produce cuando sus síntomas del asma empeoran en comparación con lo habitual).

No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 27.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí':

26.1 En los últimos **12 meses**, ¿cuántas veces recibió tratamiento de urgencia para un ataque de asma en un consultorio médico, centro de atención de urgencia o departamento de emergencia? *No considere citas de rutina planificadas.* __ __ veces.

Historia clínica

27 ¿**Alguna vez** padeció alguna de las siguientes afecciones médicas?

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)

No Sí No sabe

Enfisema

No Sí No sabe

Alergia nasal o sinusitis, incluida rinitis alérgica

No Sí No sabe

Eccema o cualquier tipo de alergia en la piel

No Sí No sabe

Alergias a animales

No Sí No sabe

Alergias al polvo o a los ácaros

No Sí No sabe

Alergias al látex o a los productos que contengan látex (vendajes Ace, cinta adhesiva, guantes).

No Sí No sabe

28 ¿Su **madre biológica** tenía las siguientes afecciones médicas?

Asma.

No Sí No sabe

Rinitis alérgica, eccema o alergias en la piel

No Sí No sabe

29 ¿Su **padre biológico** tenía las siguientes afecciones médicas?

Asma.

No Sí No sabe

Rinitis alérgica, eccema o alergias en la piel

No Sí No sabe

Hogar

30 En los últimos **12 meses**, ¿ha observado alguna de las siguientes situaciones en su vivienda o departamento?

Pérdida de agua o daños por agua adentro de su hogar, en las paredes, los pisos o los techos

No Sí No sabe

Crecimiento de moho visible (no en los alimentos) adentro de su hogar, en las paredes, los pisos o los techos

No Sí No sabe

Olor a moho (no de alimentos)

No Sí No sabe

31 En los últimos **12 meses**, ¿se han realizado renovaciones o construcciones en su vivienda o departamento?

No Sí No sabe

32 En los últimos **12 meses**, ¿con qué frecuencia ha limpiado personalmente su hogar?

Nunca

Menos de 1 día por semana

1 o 2 días por semana

3 o 4 días por semana

5 o 7 días por semana

SI LA RESPUESTA ES ‘NUNCA’: vaya a la pregunta 34.

SI LA RESPUESTA OTRA: vaya a la pregunta 33.

33 En los últimos **12 meses**, ¿cuántos días por semana ha utilizado cada uno de los siguientes productos de limpieza en su hogar?

	Nunca	Menos de 1 día por semana	1 o 2 días por semana	3 o 4 días por semana	5 o 7 días por semana
Cualquier producto de limpieza en aerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavandina, como Clorox®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos con amoníaco, como Mr. Clean Top Job®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiadores para ventanas, como Windex®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aerosoles aromatizantes de ambiente, como Febreze® o Glade®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuga o derrame químico accidental

34 ¿**Alguna vez** estuvo involucrado en una fuga o un derrame químico accidental o cerca de estos?

No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 35.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí': vaya a la pregunta 34.1.

34.1 ¿En qué año ocurrió la fuga o el derrame químico accidental más reciente?

34.2 ¿En qué lugar ocurrió la fuga o el derrame químico accidental más reciente?

Hogar Trabajo En otro lugar

34.3 ¿A qué producto estuvo expuesto? *Escriba la respuesta.*

34.4 ¿Tuvo que recibir atención médica debido a la exposición accidental más reciente?

No Sí No sabe

34.5 Durante las primeras 24 horas posteriores a la exposición accidental más reciente, ¿experimentó algún síntoma respiratorio como falta de aire, dificultad para respirar, tos u opresión en el pecho?

No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 35.

SI LA RESPUESTA ES 'Sí': vaya a la pregunta 34.5.1.

34.5.1 ¿Cuánto tiempo perduraron estos síntomas?

- Menos de 1 semana
- De 1 semana a 1 mes
- Más de 1 mes pero menos de 3 meses
- 3 meses o más
- No sabe

Antecedentes laborales

Antecedentes de trabajo en atención médica

35 Registre a qué edad comenzó a trabajar en atención médica O a qué edad comenzó a estudiar medicina, lo que haya sucedido primero. _____ años.

36 ¿Durante cuántos años en total ha trabajado en atención médica? (Incluya los años durante los que fue estudiante de medicina). _____ años.

Empleo actual

Si posee más de un trabajo de atención médica actual, registre la información del trabajo al que más horas le dedica por semana.

37 ¿Cuál es el nombre del hospital, el hogar de convalecencia u otro centro donde actualmente trabaja? _____

38 ¿En qué distrito municipal de la ciudad de Nueva York o de una ciudad cercana se encuentra el hospital, hogar de convalecencia u otro centro donde actualmente trabaja? _____

39 ¿Cuál es su ocupación *actual*?

- Auxiliar odontológico
- Personal de servicios ambientales, de tareas domésticas o de mantenimiento
- Técnico de laboratorio, instrumentista o auxiliar en un laboratorio clínico o médico
- Auxiliar de enfermería diplomado (LPN, por sus siglas en inglés) o enfermero vocacional certificado (LVN, por sus siglas en inglés)
- Preparador de instrumentos médicos, trabajador del centro de abastecimiento o técnico de endoscopia
- Auxiliar de enfermería, técnico de enfermería, auxiliar de asistencia de enfermería, técnico de atención al paciente, asistencia al paciente o enfermero para el paciente
- Técnico de la sala de operaciones
- Enfermero diplomado
- Terapeuta respiratorio o técnico respiratorio
- Otro (especifique): _____

40 ¿En qué tipo de centro trabaja *actualmente*?

- Hospital
- Hogar de convalecencia
- Hospital y hogar de convalecencia
- Otro (especifique): _____

41 ¿En qué sector trabaja dentro del centro? *Marque solo la mejor respuesta.*

- Sala de atención al paciente
- Administración
- Centro de abastecimiento
- Servicios odontológicos
- Diálisis
- Otorrinolaringología (ORL)
- Educación
- Sala de emergencias
- Endoscopia
- Actividades y ubicaciones varias
- Medicina general o interna
- Cuidados intensivos
- Parto y nacimiento
- Laboratorio clínico y médico
- Área de atención para personas que no son pacientes
- Atención para pacientes externos
- Medicina pediátrica
- Psiquiatría
- Enfermedades pulmonares
- Sala de cirugía u operaciones
- Otro sector (especifique) _____

42 En general, ¿cuántas horas trabaja por semana en su trabajo *actual*? _____ horas por semana.

43 ¿En qué año comenzó a trabajar en su cargo *actual*? _____

44 En este trabajo, ¿se encuentra expuesto regularmente a vapores, gases, polvos o humos? No Sí No sabe

SILA RESPUESTA ES 'NO': vaya a la pregunta 45.

SILA RESPUESTA ES 'SÍ': siga con la pregunta 44,1.

44.1 ¿A qué vapores, gases, polvos o humos se expone regularmente? *Escriba la respuesta.*

45 En los últimos **12 meses**, ¿observó alguna de las siguientes situaciones en el área donde trabaja?

Pérdida de agua o daños por agua adentro de su hogar, en las paredes, los pisos o los techos No Sí No sabe

Crecimiento de moho visible (no en los alimentos) adentro de su hogar, en las paredes, los pisos o los techos No Sí No sabe

Olor a moho (no de alimentos) No Sí No sabe

46 En los últimos **12 meses**, ¿observó alguna de las siguientes renovaciones o construcciones en el área donde trabaja o cerca de esta?

Pintura y arreglos en paredes No Sí No sabe

Destrucción y reemplazo de paredes, carpintería y divisiones No Sí No sabe

Destrucción y reemplazo de pisos, alfombras e instalaciones No Sí No sabe

Utilización de desinfectantes para manos

47 En un día típico, ¿cuántas veces, tanto en el hogar como en el trabajo, se desinfecta las manos con desinfectantes líquidos para manos?

- Nunca
- De 1 a 3 veces por día
- De 4 a 10 veces por día
- Más de 10 veces por día

Considere su trabajo actual y las tareas que ha realizado en dicho trabajo en los últimos **12 meses**.

48 ¿Esteriliza o desinfecta intensamente los instrumentos médicos, incluidos instrumentos odontológicos o las partes de la bomba de aspiración, en el centro de abastecimiento o en otras áreas como las unidades de endoscopia y broncoscopia, las unidades de hemodiálisis, las salas de operaciones o en otros entornos clínicos? No Sí

SILA RESPUESTA ES 'SÍ': responda las preguntas 50.1 a 50.8.1.

49 ¿Limpia o desinfecta las superficies fijas, los equipos o los instrumentos? No Sí

Ejemplos de superficies fijas son mostradores, pisos, camas y baños.

Ejemplos de equipos son soportes para transfusiones intravenosas, monitores, carritos y computadoras.

Ejemplos de instrumentos son el manguito del tensiómetro y los estetoscopios.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ': responda las preguntas 51.1 a 51.6.1.

Esterilización de instrumentos médicos

50.1 ¿Cuál de los siguientes esterilizantes o desinfectantes de alto nivel utiliza para esterilizar los instrumentos médicos?

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Ácido acético..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Alcohol, como etanol o isopropanol..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Lavandina o cloro, como Clorox®..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Limpiadores enzimáticos, como Asepti-Zyme®, 3M Rapid Multi-Enzyme®..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Óxido de etileno en cilindros de gas comprimido, cartuchos de dosis única o ampollas de vidrio..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Formaldehído..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Glutaraldehídos como Cidex®, Metricide®, Rapicide®, Wavicide®, Aldahol III®, Sporidín®..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Peróxidos de hidrógeno como Accell®, Optim®, Resert XL®, Sporox®, Acecide®, EndoSpor Plus®, Metrex®, Peract®, Sterad®..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Hipoclorito o ácido hipocloroso como Sterilox®..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Orto-ftalaldehídos como Cidex OPA®, Opaciden®..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Ácido peracético como Steris®..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No sabe |

Indique cualquier otro nombre de producto o sustancia química esterilizante o desinfectante de alto nivel que utilice.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

En un día típico en el que utiliza esterilizantes o desinfectantes de alto nivel:

50.2 ¿Cuántas **veces por día** utiliza estos productos?

- De 1 a 3 veces por día
 De 4 a 10 veces por día
 Más de 10 veces por día

50.3 ¿Cuántas **horas por día** utiliza estos productos?

- Menos de 1 hora por día
 De 1 a 4 horas por día
 Más de 4 horas por día

50.4 En los últimos **12 meses**, ¿alguna vez preparó los instrumentos médicos para su esterilización **desarmando los instrumentos, retirando contaminantes fuertes o eliminando desechos y contaminantes fuertes manualmente**? No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES ‘NO’: VAYA A LA PREGUNTA 50.5.

SI LA RESPUESTA ES ‘SÍ’: SIGA CON LA PREGUNTA 50.4.1.

50.4.1 Si retira desechos y contaminantes fuertes de microscopios e instrumentos, indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de guantes que utiliza.

<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la actividad</u>	<u>Guantes utilizados</u>
<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

50.5 En los últimos **12 meses**, ¿alguna vez preparó los instrumentos médicos para su esterilización **rellenando o cambiando soluciones esterilizantes**? No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES ‘NO’: VAYA A LA PREGUNTA 50.6.

SI LA RESPUESTA ES ‘SÍ’: SIGA CON LA PREGUNTA 50.5.1.

50.5.1 Si rellena o cambia soluciones esterilizantes, indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de guantes que utiliza.

<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la actividad</u>	<u>Guantes utilizados</u>
<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

50.6 En los últimos **12 meses**, ¿alguna vez esterilizó **manualmente** los instrumentos médicos? No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES ‘NO’: VAYA A LA PREGUNTA 50.7.

SI LA RESPUESTA ES ‘SÍ’: SIGA CON LA PREGUNTA 50.6.1.

50.6.1 Si esteriliza **manualmente** los instrumentos médicos, indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de guantes que utiliza.

<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la actividad</u>	<u>Guantes utilizados</u>
<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

50.6.2 ¿Utiliza algún envase de esterilización por inmersión para esterilizar o desinfectar profundamente los instrumentos médicos?

No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES 'NO': VAYA A LA PREGUNTA 50.7.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ': SIGA CON LA PREGUNTA 50.6.2.1.

50.6.2.1 ¿Qué condiciones aplican cuando utiliza un envase de esterilización por inmersión?

Se debe utilizar una caja cerrada o una capucha de escape.

No Sí No sabe

La caja de salida debe estar equipada con una tapa que ajuste bien.

No Sí No sabe

Se debe utilizar la ventilación de escape local en el cuarto.

No Sí No sabe

50.7 En los últimos **12 meses**, ¿alguna vez esterilizó los instrumentos médicos mediante **sistemas automáticos**?

No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES ‘NO’: VAYA A LA PREGUNTA 51.

SI LA RESPUESTA ES ‘SÍ’: SIGA CON LA PREGUNTA 50.7.1.

50.7.1 ¿Qué tareas realiza para esterilizar los instrumentos médicos mediante **sistemas automáticos**?

Indique si usted realiza las tareas enumeradas en la siguiente tabla.

Tareas	<u>¿Realiza usted esta tarea?</u>		
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utilizar esterilizador de óxido de etileno.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utilizar el sistema de esterilización por plasma de peróxido de hidrógeno Sterad®.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utilizar el sistema Steris®.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Realizar mantenimiento de los sistemas, como la limpieza o el reemplazo de pantallas y filtros.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe

Indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de controles que aplica.

Tareas	<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la actividad</u>	<u>Controles</u>	
				<u>¿El sistema es cerrado?</u>	<u>¿Se utiliza la ventilación de escape local?</u>
<< Piped in answer from 50.7.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 50.7.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 50.7.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 50.7.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

50.8 ¿Enjuaga los instrumentos médicos esterilizados con alcohol?

No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'NO': vaya A LA PREGUNTA 51.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ': SIGA CON LA PREGUNTA 50.8.1.

50.8.1 Luego de enjuagar el instrumento con alcohol, ¿utiliza aire forzado para secar los instrumentos médicos?

No Sí

<< Piped in answer from 51.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 51.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 51.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 51.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

En un día típico en el que utiliza limpiadores o desinfectantes sobre superficies fijas, equipos o instrumentos:

51.2 ¿Cuántas **veces por día** utiliza estos productos?

- De 1 a 3 veces por día
- De 4 a 10 veces por día
- Más de 10 veces por día

51.3 ¿Cuántas **horas por día** utiliza estos productos?

- Menos de 1 hora por día
- De 1 a 4 horas por día
- Más de 4 horas por día

51.4 ¿Qué utiliza más: aerosoles o toallitas húmedas? ¿O utiliza ambos productos con igual frecuencia? *Seleccione la MEJOR respuesta.*

- Utiliza más aerosoles que toallitas húmedas.
- Utiliza más toallitas húmedas que aerosoles.
- Utiliza tanto aerosoles como toallitas húmedas.
- No está seguro de cuál utiliza más.

51.6 En los últimos **12 meses**, ¿ha limpiado y encerado los pisos con líquidos limpiadores y soluciones tampón?

No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES ‘NO’: VAYA A LA PREGUNTA 52.

SI LA RESPUESTA ES ‘SÍ’: SIGA CON LA PREGUNTA 51.6.1.

51.6.1 ¿Qué tareas realiza cuando limpia y encera los pisos con líquidos limpiadores y soluciones tampón?

Tareas	¿Realiza usted esta tarea?		
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Limpia los pisos.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Refriega los pisos.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Pule los pisos.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Encera los pisos.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe

Indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de guantes que usa.

Tareas	<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la actividad</u>	<u>Guantes utilizados</u>
<< Piped in answer from 51.6.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 51.6.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 51.6.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 51.6.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

Exposición a sustancias químicas utilizadas en laboratorios médicos y clínicos

Considere su trabajo actual y las tareas que ha realizado en dicho trabajo en los últimos **12 meses**.

52 ¿Ha trabajado en un laboratorio clínico o médico?

No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'NO': VAYA A LA PREGUNTA 53.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ': SIGA CON LA PREGUNTA 52.1.

52.1 ¿Qué tareas realiza o qué utiliza cuando trabaja en el laboratorio clínico o médico?

Tareas	<u>¿Realiza usted esta tarea?</u>		
Utiliza formol para conservar muestras de autopsia o tejidos gruesos.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utiliza tinturas o colorantes como hematoxilina o eosina.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utiliza solventes como xileno y tolueno para fijar las muestras de tejido y disolver colorantes.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe

Indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de controles que realiza.

Tareas	<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la actividad</u>	<u>Controles</u>	
				Tareas realizadas en una campana de gases.	¿La tarea se realizó en una mesa de trabajo con ventilación de escape local?
<< Piped in answer from 52.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>> >	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 52.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>> >	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 52.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>> >	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

Exposición a productos utilizados en pacientes

Considere su trabajo actual y las tareas que ha realizado en dicho trabajo en los últimos **12 meses**.

53 ¿Utiliza sustancias químicas, adhesivos, antisépticos, alcoholes o solventes, tales como soluciones para remover adhesivos, yodo, peróxido de hidrógeno, *Super Glue*, cemento óseo, alcoholes, alcohol preparado, alcoholes minerales o tolueno, **en pacientes**? No Sí

SI LA RESPUESTA ES ‘NO’: VAYA A LA PREGUNTA 54.

SI LA RESPUESTA ES ‘SÍ’: SIGA CON LA PREGUNTA 53.1.

53.1 ¿Qué tareas realiza cuando aplica o utiliza sustancias químicas, antisépticos, adhesivos, alcoholes o solventes en pacientes?

Tareas y sustancias químicas	<u>¿Realiza usted esta tarea?</u>		
Desinfecta zonas de la piel del paciente antes de utilizar toallitas húmedas, gasas o hisopos con antisépticos como alcoholes, yodo y ácido acético.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Limpia o desinfecta heridas con antisépticos como compuestos de plata, clorhexidina, iodopovidona o yodo cadexomer.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Aplica vendas para heridas, como poliuretano basado en hidrogel, hidrocoloide o espuma hidrocelular.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utiliza adhesivos como pegamentos, acrilatos, cementos óseos o tintura de benjuí como 3M® Steri-Strip® para cirugías, cierre cutáneo, reparación de huesos, bolsas de ostomía y otras aplicaciones.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utiliza adhesivos para remover solventes como alcoholes, acetona con toallitas húmedas, gasas o hisopos.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Aplica yesos sintéticos de fibra de vidrio.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe

Indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de guantes que usa.

Tareas y sustancias químicas	<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la actividad</u>	<u>Guantes utilizados</u>
<< Piped in answer from 53.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 53.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 53.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 53.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 53.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 53.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

Exposición a medicamentos en aerosol utilizados en los pacientes

54 ¿Administra medicamentos en aerosol que pueden incluir antibióticos como Tobramicina, Amikacina y Colistina, u otros medicamentos como pentamidina, ribavirina, broncodilatadores, anestésicos y antitripsina? No Sí

SI LA RESPUESTA ES ‘NO’: VAYA A LA PREGUNTA 55.

SI LA RESPUESTA ES ‘SÍ’: SIGA CON LA PREGUNTA 54.1.

54.1 ¿Qué tareas realiza cuando administra medicamentos en aerosol?

Tareas	<u>¿Realiza usted esta tarea?</u>		
Administra medicamentos en aerosol con un nebulizador de pequeño volumen.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utiliza un sistema de suministro de aerosol continuo para los broncodilatadores y otros medicamentos.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Administra los medicamentos en aerosol con inhalador con dosificador.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Administra los medicamentos en aerosol con inhalador de polvo seco.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe

Indique cuántos días por semana y cuántas veces por semana realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de guantes que usa cuando administra los medicamentos en aerosol.

Tareas y herramienta utilizada	<u>Días por semana</u>	<u>Veces por día</u>	<u>Duración de la tarea o herramienta utilizada</u>	<u>Guantes utilizados</u>
<< Piped in answer from 54.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 54.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 54.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 54.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

54.2 ¿Qué porcentaje de tiempo utiliza un respirador, que no sea una máscara quirúrgica, cuando administra un medicamento en aerosol?

- Nunca
- Cerca del 25 % del tiempo
- Cerca del 50 % del tiempo
- Cerca del 75 % del tiempo
- El 100 % del tiempo

SI LA RESPUESTA ES ‘Nunca’: SIGA CON LA PREGUNTA 53.

SI responde otra cosa: VAYA A LA PREGUNTA 52.2.1.

54.2.1 ¿Utiliza los siguientes tipos de respiradores cuando administra medicamentos en aerosol?

- Respirador de partículas como un N95 No Sí No sabe
- Media máscara purificadora de aire No Sí No sabe
- Máscara completa purificadora de aire No Sí No sabe

Exposición a sustancias químicas utilizadas por los auxiliares odontológicos

Considere su trabajo actual y las tareas que ha realizado en dicho trabajo en los últimos **12 meses**.

55 ¿Ha trabajado como auxiliar odontológico?

No Sí

SI LA RESPUESTA ES 'NO': VAYA A LA PREGUNTA 56.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ': SIGA CON LA PREGUNTA 55.1.

55.1 ¿Qué tareas realiza como auxiliar odontológico?

Tareas	¿Realiza usted esta tarea?		
Ajusta, pule o repara dentaduras o utiliza compuestos como metacrilatos de metilo, otros acrilatos y epoxis.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Prepara amalgamas como Vertex Soft [®] , Villacryl Soft [®] , Molloplast B [®] y Mollosil [®] .	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Realiza radiografías con soluciones de impresión.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe
Utiliza adhesivos para colocar dentaduras o férulas.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sabe

Indique cuántos días por semana y cuántas veces por día realiza esta tarea, la duración de la actividad y el tipo de guantes que usa.

Tareas	Días por semana	Veces por día	Duración de la actividad	Guantes utilizados
<< Piped in answer from 55.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 55.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 55.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>
<< Piped in answer from 55.1>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>	<<Select from Dropdown>>

Su empleo de 5 años atrás

Si hace 5 años poseía más de un trabajo, registre la información del trabajo al que más horas le dedicaba por semana.

56 Marque la casilla que mejor describa su situación laboral 5 años atrás.

- Empleado/a en la industria de la atención médica
- Empleado/a fuera de la industria de la atención médica
- Discapacitado/a
- Con licencia por razones familiares
- Con licencia por enfermedad prolongada
- Jubilado/a
- Estudiante
- Otro (especifique): _____

SI MARCÓ “Empleado/a en la industria de la atención médica”, SIGA CON LA PREGUNTA 57.

SI MARCÓ “Empleado/a fuera de la industria de la atención médica”, SIGA CON LA PREGUNTA 56.1. SI MARCÓ OTRA OPCIÓN, VAYA A LA PREGUNTA 73.

56.1 Marque la casilla que mejor describa el tipo de industria en la que se encontraba su trabajo hace 5 años.

Si hace 5 años poseía más de un trabajo, registre la información del trabajo al que más horas le dedicaba por semana.

- Agricultura, silvicultura y piscicultura
- Mercados de construcción
- Atención médica y asistencia social
- Producción
- Minería
- Extracción de petróleo y gas
- Seguridad pública
- Servicios, como financieros, inmobiliarios, educativos, de hospitalidad, reparaciones o recursos humanos
- Transporte, almacenamiento y servicios públicos
- Ventas mayoristas y minoristas
- Otro (especifique): _____

56.2 Escriba el cargo en el trabajo que tenía 5 años atrás. _____

56.3 ¿Qué tareas realizaba en el trabajo que tenía 5 años atrás? _____

56.4 ¿Cuál era el nombre de la compañía para la que trabajaba 5 años atrás? _____

SIGA CON LA PREGUNTA 67.

Su empleo de atención médica 5 años atrás

Si hace 5 años poseía más de un trabajo de atención médica, registre la información del trabajo al que más horas le dedicaba por semana.

57 ¿Cuál era su ocupación 5 años atrás?

- Auxiliar odontológico
- Personal de servicios ambientales, de tareas domésticas o de mantenimiento
- Técnico de laboratorio, instrumentista o auxiliar en un laboratorio clínico o médico
- Auxiliar de enfermería diplomado (LPN, por sus siglas en inglés) o enfermero vocacional certificado (LVN, por sus siglas en inglés)
- Preparador de instrumentos médicos, trabajador del centro de abastecimiento o técnico de endoscopia
- Auxiliar de enfermería, técnico de enfermería, auxiliar de asistencia de enfermería, técnico de atención al paciente, asistencia al paciente o enfermero para el paciente
- Técnico de la sala de operaciones
- Enfermero diplomado
- Terapeuta respiratorio o técnico respiratorio
- Otro (especifique): _____

58 ¿En qué tipo de centro trabajaba 5 años atrás?

- Hospital
- Hogar de convalecencia
- Hospital y hogar de convalecencia
- Otro (especifique): _____

59 ¿En qué sector trabajaba dentro del centro 5 años atrás?

- Sala de atención al paciente
- Administración
- Centro de abastecimiento

- Servicios odontológicos
- Diálisis
- Otorrinolaringología (ORL)
- Educación
- Sala de emergencias
- Endoscopia
- Actividades y ubicaciones varias
- Medicina general o interna
- Cuidados intensivos
- Parto y nacimiento
- Laboratorio clínico o médico
- Área de atención para personas que no son pacientes
- Atención para pacientes externos
- Medicina pediátrica
- Psiquiatría
- Enfermedades pulmonares
- Sala de cirugía u operaciones
- Otro sector (especifique) _____

Considere el trabajo que tenía 5 años atrás.

- 60 ¿Esterilizaba o desinfectaba intensamente los instrumentos médicos, incluidos instrumentos odontológicos o las partes de la bomba de aspiración, en el centro de abastecimiento o en otras áreas como las unidades de endoscopia y broncoscopia, las unidades de hemodiálisis, las salas de operaciones o en otros entornos clínicos? No Sí No sabe
- 61 ¿Limpiaba o desinfectaba las superficies fijas, los equipos o los instrumentos? No Sí No sabe
- Ejemplos de superficies fijas son mostradores, pisos, camas y baños.
Ejemplos de equipos son soportes para transfusiones intravenosas, monitores, carritos y computadoras.
Ejemplos de instrumentos son el manguito del tensiómetro y los estetoscopios.
- 62 ¿Limpiaba y enceraba los pisos con líquidos limpiadores y soluciones tampón? No Sí No sabe
- 63 ¿Trabajó en un laboratorio clínico o médico? No Sí No sabe
- 64 ¿Utilizaba sustancias químicas, adhesivos, antisépticos, alcoholes o solventes, tales como soluciones para remover adhesivos, yodo, peróxido de hidrógeno, *Super Glue*, cemento óseo, alcoholes, alcohol preparado, alcoholes minerales o tolueno, **en pacientes?** No Sí No sabe
- 65 ¿Administraba medicamentos en aerosol que pueden incluir antibióticos como Tobramicina, Amikacina y Colistina, u otros medicamentos como pentamidina, ribavirina, broncodilatadores, anestésicos y antitripsina? No Sí No sabe
- 66 ¿Trabajó como auxiliar odontológico? No Sí No sabe

67 ¿Cuántas horas por semana trabajaba en el cargo que tenía 5 años atrás? ___ ___ horas por semana.

68 ¿En qué año comenzó a trabajar en dicho cargo? ___ ___ ___ ___

69 ¿En qué año dejó de trabajar en dicho cargo? ___ ___ ___ ___

70 ¿Estaba regularmente expuesto a vapores, gases, polvo o humos en dicho trabajo? No Sí No sabe

71 Considere el trabajo que tenía 5 años atrás. ¿Observó alguno de los siguientes aspectos en el edificio donde trabajaba?

Pérdida de agua o daños por agua adentro de su hogar, en las paredes, los pisos o los techos No Sí No sabe

Crecimiento de moho visible (no en los alimentos) adentro de su hogar, en las paredes, los pisos o los techos No Sí No sabe

Olor a moho (no de alimentos) No Sí No sabe

72 Considere el trabajo que tenía 5 años atrás. ¿Observó alguna de las siguientes renovaciones o construcciones en el área donde trabajaba o cerca de esta? No Sí No sabe

Cambio de trabajo

73 ¿Alguna vez tuvo que cambiar de trabajo o cargo, o abandonarlo, debido a que afectaba su respiración? Esto incluiría el cambio de trabajo o cargo dentro del mismo lugar de trabajo. No Sí No sabe

SI LA RESPUESTA ES 'NO': vaya a la pregunta 74.

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ': siga con la pregunta 73.1.

Si esto sucedió más de una vez, responda las siguientes preguntas sobre el trabajo o cargo más reciente que abandonó o cambió debido a que afectaba su respiración.

73.1 ¿En qué año cambió de trabajo o cargo o lo abandonó? _____

73.2 ¿Qué tipo de trabajo o cargo cambió o abandonó?

73.3 Marque la casilla que mejor describa la industria en la que se encontraba el trabajo o cargo que cambió o abandonó.

- Agricultura, silvicultura y piscicultura
- Mercados de construcción
- Atención médica y asistencia social
- Producción
- Minería
- Extracción de petróleo y gas
- Seguridad pública
- Servicios, como financieros, inmobiliarios, educativos, de hospitalidad, reparaciones o recursos humanos
- Transporte, almacenamiento y servicios públicos
- Ventas mayoristas y minoristas
- Otro (*especifique*): _____

73.4 ¿Qué tareas había realizado en el trabajo o cargo que cambió o abandonó?

73.5 ¿Qué exposición o actividad afectó su respiración en el trabajo o cargo que cambió o abandonó?

73.6 Acerca del trabajo o cargo al que cambió: ¿A qué tipo de trabajo o cargo cambió?

73.7 Marque la casilla que mejor describa la industria en la que se encontraba el trabajo o cargo al que cambió.

- Agricultura, silvicultura y piscicultura
- Mercados de construcción
- Atención médica y asistencia social
- Producción
- Minería
- Extracción de petróleo y gas
- Seguridad pública
- Servicios, como financieros, inmobiliarios, educativos, de hospitalidad, reparaciones o recursos humanos
- Transporte, almacenamiento y servicios públicos
- Ventas mayoristas y minoristas
- Otro (*especifique*): _____

73.8 ¿Qué tareas realizaba en este nuevo trabajo o cargo?

73.9 ¿Cuál era el nombre de la compañía para la que trabajaba en este nuevo cargo?

Información demográfica

74 ¿En qué año nació?

75 ¿Cuál es su sexo?

Masculino Femenino

76 ¿Considera que su origen es hispano, latino o español?

No Sí

77 ¿Cuál es su raza? Marque una o más opciones de la siguiente lista.

- Nativo de América o nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 Blanco

78 ¿Cuál es el grado o nivel máximo de educación que completó?

- Secundaria incompleta
 Título secundario o GED
 Universidad o educación técnica incompleta
 Carrera universitaria de grado de 4 años (licenciatura)
 Graduado o médico
 De otra isla del Pacífico (*especifique*): _____

Sobre el hábito de fumar

79 ¿Ha fumado, al menos, 100 cigarrillos en toda su vida?

No Sí No sabe

SILA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 80.

SILA RESPUESTA ES 'Sí': vaya a la pregunta 79.1.

79.1 ¿A qué edad comenzó a fumar cigarrillos con bastante frecuencia?

___ años.

79.2 ¿Fuma cigarrillos actualmente, a partir de hace un mes?

No Sí No sabe

SILA RESPUESTA ES 'No': vaya a la pregunta 79.2.1.

SILA RESPUESTA ES 'Sí': vaya a la pregunta 79.2.3.

SILA RESPUESTA ES 'NO':

79.2.1 ¿A qué edad fumó cigarrillos por última vez?

___ años.

79.2.2 Antes de dejar de fumar, ¿cuántos cigarrillos fumaba regularmente por día?

Si es menos que 1 cigarrillo por día, ingrese 00.

__ __ cigarrillos por día.

SILA RESPUESTA ES 'SÍ':

79.2.3 ¿Cuántos cigarrillos fuma normalmente por día?

Si es menos que 1 cigarrillo por día, ingrese 00.

__ __ cigarrillos por día.

80 **En promedio**, ¿cuántas horas **por semana** está en contacto con personas mientras estas fuman? Por ejemplo, en su hogar, en el auto, en el trabajo o en otros espacios cerrados. *(Ingrese 00 si no está en contacto con personas mientras estas fuman, o si el contacto con estas personas es de menos de 1 hora por semana).*

__ __ horas por semana.