

**Appendix D.4: Flavoring Workers Questionnaire (Spanish)**





## Sección II. Información de salud

*Le haré algunas preguntas acerca de su salud. Las respuestas a muchas de estas preguntas serán “Sí” o “No”. Si no está seguro si debe responder “Sí” o “No”, responda “No”.*

13. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tenido algún problema con su respiración? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su respiración?

1. \_\_\_ sólo raramente tengo problemas con mi respiración.
2. \_\_\_ regularmente tengo problemas con mi respiración, pero siempre me recupero completamente.
3. \_\_\_ Mi respiración nunca está bien.

14. ¿Tiene tos usualmente? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
*(Considere la tos con la primera pitada al fumar o cuando sale al aire libre. No considere la tos que es para despejar la garganta).*

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿Tose usualmente la mayoría de los días durante **3 meses consecutivos o más** durante el año? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

b) ¿En qué año comenzó con esta tos? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
Año

15. ¿Le sube flema del pecho usualmente? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
*(Considere la flema con la primera pitada al fumar o cuando sale al aire libre. No considere la flema de la nariz. Considere la flema que traga).*

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿Le suele subir la flema usualmente la mayoría de los días durante 3 meses consecutivos o más durante el año? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

b) ¿En qué año comenzó con esta flema? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
Año

16. ¿Alguna vez ha tenido sibilancias en su pecho? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿Ha tenido estas sibilancias cuando *no* estaba resfriado? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

b) ¿En qué año comenzó con estas sibilancias? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
Año

c) ¿Ha tenido estas sibilancias en su pecho en los últimos 12 meses cuando *no* estaba resfriado? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

17. ¿Alguna vez ha tenido un ataque de sibilancias que le haga sentir que le falta el aire? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿En qué año comenzó con estas sibilancias? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
Año

b) ¿Tuvo un ataque de sibilancias en los últimos 12 meses que le haya hecho sentir que le faltaba el aire? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

18. ¿Alguna vez se ha despertado con una sensación de presión en el pecho? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿En qué año sintió por primera vez esta presión del pecho? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
Año  
b) ¿Durante los últimos 12 meses, ha despertado con una sensación de presión en el pecho? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
SI LA RESPUESTA ES NO: c) ¿Cuándo desapareció esta sensación de presión en el pecho?  
\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
Mes Año

19. Le falta el aire cuando se apresura en terreno plano o cuando sube una subida leve? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿Le falta el aire cuando camina con personas de su edad en terreno plano? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
b) ¿Alguna vez tiene que detenerse para recuperar el aliento cuando camina a su propio ritmo en terreno plano? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
c) ¿Alguna vez tiene que detenerse para recuperar el aliento luego de caminar alrededor de 100 yardas/metros (o después de algunos minutos) en terreno plano? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
d) ¿Le falta tanto el aire que no puede salir de casa o le falta el aire al vestirse o desvestirse? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
e) ¿En qué año comenzó con esta falta de aire? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
Año

20. ¿Durante las últimas 4 semanas, se ha administrado algún medicamento de venta con receta o de venta libre para tratar problemas respiratorios, incluidos inhaladores y/o píldoras? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) Elabore una lista: \_\_\_\_\_

21. ¿Alguna vez le dijo un médico u otro profesional médico que padecía de alguna de las siguientes afecciones?

Afecciones	Un médico le informó que tenía	Año del primer diagnóstico
a) Fiebre del heno o alergias nasales	1. Sí ___ 0.No ___	
b) Enfermedad del corazón	1. Sí ___ 0.No ___	
c) Bronquitis crónica	1. Sí ___ 0.No ___	

d) Enfisema	1. Sí ___ 0.No ___	
e) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	1. Sí ___ 0.No ___	
f) Neumonitis por hipersensibilidad	1. Sí ___ 0.No ___	
g) Neumonitis química	1. Sí ___ 0.No ___	
h) Bronquiolitis obliterante	1. Sí ___ 0.No ___	
i) Enfermedad pulmonar intersticial	1. Sí ___ 0.No ___	
j) Trastorno de reflujo gastroesofágico	1. Sí ___ 0.No ___	
k) Disfunción de las cuerdas vocales	1. Sí ___ 0.No ___	
l) Sarcoidosis de pulmón	1. Sí ___ 0.No ___	
m) Asma	1. Sí ___ 0.No ___	
SI LA RESPUESTA ES SÍ: n) ¿Aún tiene asma?	1. Sí ___ 0.No ___	

22. ¿**Alguna vez** le dijo un médico u otro profesional médico que padecía de alguna otra afección respiratoria?

1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

b) ¿En qué año le dijeron por primera vez que padecía de esta afección respiratoria?

\_\_\_\_\_  
Año

23. ¿Existe algún otro problema respiratorio que aún no hayamos tratado y que desee informarnos?

1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

a) Descríbalo \_\_\_\_\_





25. ¿Alguna vez ingresó o ingresa a la sala de aromatizantes? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

#### Sección IV. Otras exposiciones

26. ¿Alguna vez realizó alguna de las siguientes actividades?:

a) ¿Trabajó en minería? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

b) ¿Trabajó en agricultura? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

c) ¿Trabajó en la elaboración de productos químicos como explosivos, tinturas, lacas y celuloide? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

d) ¿Estuvo expuesto a humo de fuego? (No considere las fogatas de campamentos, ni las estufas) 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

e) ¿Estuvo expuesto a gases irritantes como el cloro, el dióxido de sulfuro, el amoníaco o el fosgeno? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

f) ¿Estuvo expuesto a polvos minerales, como el carbón, el sílice y el talco? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

g) ¿Estuvo expuesto a polvos de granos? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

h) ¿Estuvo expuesto a óxidos de nitrógeno, como el gas de silo? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

i) ¿Estuvo expuesto al amianto? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ: \_\_\_\_\_ años

j) Además de la planta de sustancias aromatizantes (o la planta de palomitas de maíz para microondas), ¿alguna vez estuvo expuesto a cualquier químico o sustancia que afectara su respiración? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ, describa la exposición: \_\_\_\_\_

## Sección V. Consumo de tabaco

27. ¿Alguna vez fumó cigarrillos? 1.Sí \_\_\_ 0.No \_\_\_  
(Marque NO si fumó menos de 20 paquetes de cigarrillos en su vida o si fuma menos de 1 cigarrillo por día durante 1 año).

SI LA RESPUESTA ES SÍ:

- |    |   |                           |
|----|---|---------------------------|
| a) | ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar con regularidad?                                       | _____ años                |
| b) | Durante todo el tiempo que fumó, ¿cuál es el número promedio de cigarrillos que fumó por día? | _____ cigarrillos por día |
| c) | ¿Aún fuma cigarrillos?  | 1.Sí ___ 0.No ___         |

SI LA RESPUESTA ES NO:

- |    |   |            |
|----|---|------------|
| d) | ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar con regularidad? | _____ años |
|----|---|------------|