

Appendix D.4: Flavoring Workers Questionnaire (Spanish)

CUESTIONARIO PARA PERSONAS QUE TRABAJAN CON SUSTANCIAS AROMATIZANTES

Sección I: Información demográfica y de identificación

1. Fecha de la investigación: ____ / ____ / 2014

2. Nombre: _____
Primer nombre
IM
Apellido

3. Dirección particular: _____
(Número, calle y/o carretera rural)

(Ciudad)
(Estado)
(Código postal)

4. Número de teléfono particular: (____ - ____) ____ - _____

5. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ - ____
Mes
Día
Año

6. Sexo:
 1. ____ Masculino
 2. ____ Femenino

7. Origen étnico (elija una opción):
 1. ____ Hispano o latino
 0. ____ No hispano ni latino

8. Raza (elija todas las que correspondan):
 1. ____ India americana o nativa de Alaska
 2. ____ Asiática
 3. ____ Negra o afroamericana
 4. ____ Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico
 5. ____ Blanca

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 20 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar recopilación de información, y no se le pedirá a ninguna persona que responda las preguntas en los formularios de solicitud de información, a menos que estos tengan un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, y sus sugerencias para reducir el tiempo necesario a la dirección CDC / ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-11, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX).

¿Hay alguna persona que sepa cómo comunicarse con usted en caso de que se mude?

9. Nombre: _____
 Primer nombre IM Apellido

10. Relación con usted: _____

11. Dirección: _____
 (Número, calle y/o carretera rural)
 _____ _____ _____
 (Ciudad) (Estado) (Código postal)

12. Número de teléfono: (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___

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 |
|----|---|------------|