

Household ID #

Estudio de la Casa Ecológica



Cuestionario de Seguimiento para 6 y 12 meses (Ambiente)

El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en unos 10 minutos, esto incluye el tiempo que toma revisar las instrucciones, investigar las fuentes de la información, recoger y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de la información. Las agencias no pueden realizar o patrocinar la recolección de información, y las personas no están obligadas a

6-month Follow-up (Environment)

House ID# _____

proporcionar información, a menos que el formulario tenga un número de control OMB válido, no vencido. Envíe comentarios acerca del tiempo estimado para completar este cuestionario o acerca de cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX).

Antes de administrar este cuestionario, identifique un evento memorable que haya ocurrido durante la visita previa, hace unos 6 meses, para que el/la participante lo use como punto de referencia para las preguntas que tienen que ver con el tiempo transcurrido entre esta visita y la visita previa. Para este estudio no es necesario que anote este evento, solamente se usa para administrar este cuestionario.

Iniciales del entrevistador _____ Fecha: _____

Momento en que se realiza el seguimiento

(Marque una con un círculo):

- a) Seguimiento a los 6 meses (post-remediación)
- b) Seguimiento a los 12 meses (post-remediación)

Información de Contacto

Números telefónicos:		El mismo	Nuevo
Casa	() _____	()	()
Trabajo	() _____	()	()
Celular	() _____	()	()
Correo electrónico	_____	()	()

Contactos Alternativos

Números telefónicos:		El mismo	Nuevo	Relación con el entrevistado
Casa	() _____	()	()	_____
Trabajo	() _____	()	()	_____
Celular	() _____	()	()	_____
Correo electrónico	_____	()	()	_____

Ambiente

1. En los últimos 6 meses, ¿ha cambiado alguna alfombra en se casa (bien sea de área o de pared a pared)? **SÍ NO N/A**

*Si la respuesta es **SÍ**, marque con un círculo TODAS las que califiquen:*

- 1.1. Añadió una alfombra
- 1.2. Retiró una alfombra

(Nota: reemplazar alfombras significa que debe marcar con un círculo las dos opciones)

2. ¿Ha añadido/retirado algún mueble de su casa en los últimos 6 meses?

SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, marque con un círculo TODAS las que califiquen:

- 2.1. Añadió mueble/s tapizado/s
- 2.1. Retiró mueble/s tapizado/s
- 2.3. Añadió mueble/s de madera (ejemplo: madera o madera aglomerada)
- 2.4. Retiró mueble/s de madera (ejemplo; madera o madera aglomerada)

(Nota: remplazar muebles significa que ambas opciones, añadir y retirar, deben marcarse con un círculo)

3. ¿Ha añadido o retirado algún colchón en los últimos 6 meses? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, por favor marque con un círculo TODAS las que califiquen

- 3.1 Añadió un colchón para el/la niño/a
- 3.2 Retiró el colchón del niño/a
- 3.3 Añadió un colchón para la madre o para el/la cuidador/a principal
- 3.4 Retiró el colchón de la madre o del cuidador/a principal

(Nota: remplazar un colchón significa que ambas opciones, añadir y retirar, deben marcarse con un círculo)

4. ¿Ha pintado usted cualquier habitación de su casa en los últimos 6 meses? SÍ NO

5. En el presente, ¿tiene mascotas o animales en la casa? SÍ NO

(Si la respuesta es **NO**, pase a la siguiente pregunta)

Si la respuesta es **SÍ**, especifique el número de cada tipo de mascota (s)

- 5.1. Gato _____
- 5.2. Perro _____
- 5.3. Pájaro _____
- 5.4. Otro _____

6. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha visto cucarachas en su casa?

- 1. Nunca
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez por semana
- 4. Diariamente

7. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha visto ratones en su casa?

- 1. Nunca
- 2. Una vez al mes

3. Una vez por semana
4. Diariamente

8. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha visto ratas en su casa?

1. Nunca
2. Una vez al mes
3. Una vez por semana
4. Diariamente

9. Durante los últimos 6 meses, ¿ha utilizado usted o un exterminador algún método de control de plagas (pesticidas, trampas, etc.) para controlar las cucarachas en su casa?

SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, marque con un círculo **TODAS** las que califiquen

- 9.1. Trampas de pega
- 9.2. Trampas de cebo (ejemplo: Combat)
- 9.3. Ácido bórico
- 9.4. Gel
- 9.5. Insecticida con rociador
- 9.6. Métodos de exclusión (sellar grietas, hoyos, etc.)
- 9.7. Tiza china, Tres Pasitos, o Tempo
- 9.8. Otro

10. Durante los últimos 6 meses, ¿ha utilizado usted o un exterminador algún método de control de plagas (pesticidas, trampas, etc.) para controlar los ratones y/o ratas en su casa?

SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, marque con un círculo **TODAS** las que califiquen

- 10.1. Veneno químico (para que se lo coman los roedores)
- 10.2. Trampas de pega
- 10.3. Trampas convencionales (de cierre brusco)
- 10.4. Exclusión física (ejemplo: tapar los hoyos)

11. Durante los últimos 6 meses, ¿ha utilizado usted o un exterminador algún método de control de plagas (pesticidas, trampas, etc.) para controlar otros insectos (ejemplo: hormigas, polillas, arañas) en su casa?

SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, marque con un círculo **TODAS** las que califiquen

- 11.1. Trampas de pega
- 11.2. Trampas con cebo (ejemplo: Combat)
- 11.3. Ácido bórico
- 11.4. Gel
- 11.5. Insecticida con rociador
- 11.6. Métodos de exclusión (sellar grietas, hoyos, etc.)
- 11.7. Tiza china, Tres Pasitos, o Tempo
- 11.8. Otro

12. ¿Ha limpiado el piso de la cocina con trapeador mojado en los últimos 3 días? SÍ NO

13. Durante los últimos 6 meses, ¿cuál de estos métodos ha usado para limpiar los pisos de su casa?

(Marque con un círculo TODAS las que califiquen)

- 13.1 Barrer con escoba
- 13.2 Trapeador seco
- 13.3 Trapeador húmedo (no usa mucha agua sobre el piso)
- 13.4 Trapeador mojado (vierte agua sobre el piso)
- 13.5 Aspiradora
- 13.6 Ninguno

14. Durante los últimos 6 meses, ¿ha ocurrido alguna filtración de agua en su casa?

(Humedad en los techos, pisos o paredes a consecuencia de filtraciones, tubos rotos, lluvia o inundaciones, etc.)

(Marque con un círculo las respuestas)

14.1. Cocina	SÍ	No	No Sabe	
14.2. Baño	SÍ	No	No Sabe	
14.3. Habitación(es)	SÍ	No	No Sabe	
14.4. Sala	SÍ	No	No Sabe	
14.5. Sótano	SÍ	No	No Sabe	N/A
14.6. Ático	SÍ	No	No Sabe	N/A

15. Durante los últimos 6 meses, ¿ha visto moho en su casa? SÍ NO NS

Si la respuesta es **SÍ**, entonces pregunte

15.1 ¿El área de moho era más grande que una hoja de papel? SÍ NO NS
(Muestre una hoja de papel, tamaño 8 ½ x 11 pulgadas)

16. Durante los últimos 6 meses, ¿ha percibido olor a moho, u olor a cerrado o a humedad en su casa? SÍ NO NS

17. ¿Usa usted un deshumidificador? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, entonces pregunte

21.1 ¿Ha usado un deshumidificador en los últimos 6 meses? SÍ NO NS

18. Durante el invierno, ¿añade usted humedad al aire en su casa? SÍ NO

19. Durante el invierno, ¿cuál es el modo principal de calentar su casa?

(Marque con un círculo una sola respuesta)

- 1. Radiadores
- 2. Calefacción de rodapié (a lo largo de la base de la pared)
- 3. Aparatos de calefacción eléctricos

4. Ventanillas de aire caliente
5. Abre el horno
6. Aparato de calefacción con combustible de querosén
7. Hoguera/estufa para quemar madera
8. Otro

20. Además de la principal fuente de calefacción, ¿usa usted otra fuente? SÍ NO
*Si la respuesta es **SÍ**, marque con un círculo **TODAS** las que califiquen*

- 20.1 Aparato de calefacción eléctrico
- 20.2 Aparato de calefacción con combustible de querosén
- 20.3 Otro tipo de aparato de calefacción
- 20.4 Abre el horno
- 20.5 Hoguera/estufa para quemar madera
- 20.6 Otro

21. ¿Normalmente hay un filtro o purificador de aire dentro de su casa? SÍ NO NS
*Si la respuesta es **SÍ**, ¿de qué tipo es? (Marque con un círculo **TODAS** las que califiquen)*

- a. Ionizer (ejemplo: Ionic Breeze o aparatos similares)
- b. Generador de ozono
- c. Filtro
- d. Otro

Fumar

22. ¿Alguna vez las personas que le visitan fuman en su casa? SÍ NO

23. Actualmente, ¿usted o alguna de las personas en su casa fuma cigarrillos, cigarros, pipas u otros productos de tabaco? SÍ NO NS
*Si la respuesta es **SÍ**, entonces pregunte*

23.1. ¿Las personas que fuman lo hacen normalmente dentro de la casa, fuera de la casa, o tanto dentro como fuera de la casa?

1. Dentro de la casa
2. Fuera de la casa
3. Dentro y fuera de la casa
4. No sabe

23.2. ¿Con qué frecuencia se fuma **dentro** de su casa?

- a. Menos de una vez al día
- b. 1-3 veces al día
- c. 4-10 veces al día
- d. Más de 10 veces al día

- e. No se fuma dentro de la casa
- f. No sabe

23.3. ¿Con qué frecuencia se fuman cigarrillos, pipas u otros productos de tabaco dentro de su casa?

- a. Menos de una vez al día
- b. 1-3 veces al día
- c. 4-10 veces al día
- d. Más de 10 veces al día
- e. No se fuma dentro de la casa
- f. No sabe

Exposición Ocupacional Agentes Ambientales y Otras Exposiciones

24. ¿Está usted actualmente empleado en un trabajo fuera de su casa? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte ¿está usted expuesto/a a las siguientes cosas en su trabajo?
(Por favor marque con un círculo todas las que califiquen)

- 24.1 ¿A gasolina o le ha caído en la piel?
- 24.2 ¿A insecticida, repelentes, o le han caído estos en la piel?
- 24.3 Solvente de pinturas, limpiador de brochas, o removedor de pintura
- 24.4 Barniz, lacas, tinta para maderas, o pintura fresca
- 24.5 Desodorantes sólidos para inodoros
- 24.6 Refrescante/desodorante de ambiente
- 24.7 ¿A bolas de naftalina o le han caído en la piel?
- 24.8 Esmalte/removedor para las uñas
- 24.9 Ratones o ratas de laboratorio
- 24.10 Humo del escape de vehículos
- 24.11 Otros agentes químicos
- 24.12 Ninguno de los anteriores