

SECCIÓN G: ESTADO DE SALUD

AHORA QUISIERA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

<p>G.1 ¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?</p>	<table> <tr><td>Excelente</td><td>1</td></tr> <tr><td>Muy buena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Buena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Regular</td><td>4</td></tr> <tr><td>Mala</td><td>5</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td>9</td></tr> </table>	Excelente	1	Muy buena	2	Buena	3	Regular	4	Mala	5	No sabe	8	No contesta	9
Excelente	1														
Muy buena	2														
Buena	3														
Regular	4														
Mala	5														
No sabe	8														
No contesta	9														
<p>G.2 Comparando su salud con la de hace un año, ¿diría usted que ahora está mejor, igual o peor que entonces?</p>	<table> <tr><td>Mejor</td><td>1</td></tr> <tr><td>Igual</td><td>2</td></tr> <tr><td>Peor</td><td>3</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td>9</td></tr> </table>	Mejor	1	Igual	2	Peor	3	No sabe	8	No contesta	9				
Mejor	1														
Igual	2														
Peor	3														
No sabe	8														
No contesta	9														
<p>G.3 En comparación con otras personas de su edad, ¿diría usted que su salud está mejor, igual o peor?</p>	<table> <tr><td>Mejor</td><td>1</td></tr> <tr><td>Igual</td><td>2</td></tr> <tr><td>Peor</td><td>3</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td>9</td></tr> </table>	Mejor	1	Igual	2	Peor	3	No sabe	8	No contesta	9				
Mejor	1														
Igual	2														
Peor	3														
No sabe	8														
No contesta	9														
<p>G.4 ¿Alguna vez un doctor le dijo si tiene alta presión, es decir, hipertensión?</p>	<table> <tr><td>Sí</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td>9</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PASE A G.8</div>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9						
Sí	1														
No	2														
No sabe	8														
No contesta	9														
<p>G.4a ¿A qué edad le diagnosticaron la alta presión por primera vez?</p>	<table> <tr><td>Edad</td><td> _ _ _ </td></tr> <tr><td>Año</td><td> _ _ _ _ </td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>88</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td>99</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD</div>	Edad	_ _ _	Año	_ _ _ _	No sabe	88	No contesta	99						
Edad	_ _ _														
Año	_ _ _ _														
No sabe	88														
No contesta	99														
<p>G.5 ¿Está tomando usted alguna medicina para bajar la presión?</p>	<table> <tr><td>Sí</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td>9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9						
Sí	1														
No	2														
No sabe	8														
No contesta	9														
<p>G.6 Con el fin de bajar la presión, ¿durante el último año, ha bajado de peso o ha seguido alguna dieta especial o ha tenido que dejar de consumir ciertos alimentos?</p>	<table> <tr><td>Sí</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td>9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9						
Sí	1														
No	2														
No sabe	8														
No contesta	9														

G.7 ¿Está su presión sanguínea generalmente bajo control?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
---	--

G.8 ¿Alguna vez un doctor le dijo si tiene diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	" " " " " "	PASE A G.22
--	--	-------------	--------------------

G.8a ¿A qué edad le diagnosticaron la diabetes por primera vez?	Edad __ __ Año __ __ __ __ No sabe 88 No contesta 99	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
---	---	--

G.9 ¿Está tomando ahora algún medicamento por boca para controlar su diabetes?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
--	--

G.10 ¿Para controlar la diabetes, se pone o le ponen inyecciones de insulina?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
---	--

G.11 Con el fin de controlar la diabetes, ¿durante el último año, ha bajado de peso o ha seguido usted una dieta especial?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
--	--

G.12 ¿Está su diabetes generalmente controlada?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
---	--

G.13 ¿Suele usted mismo(a) medir su nivel de azúcar para ver si está alta?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	" " " " " "	PASE A G.15
--	--	-------------	--------------------

G.14 ¿Cada cuánto tiempo se hace usted las pruebas para saber si tiene el azúcar alta?	Diariamente 1 Semanalmente 2 Mensualmente 3 Menos de una vez al mes 4 No sabe 8 No contesta 9
--	--

G.15 Durante el año pasado, ¿se hizo usted algún análisis de sangre para controlar su diabetes?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.16 El cuidado de su diabetes (como por ejemplo estar a dieta, cuidarse los pies o controlar el nivel de azúcar en sangre) ¿interfiere o dificulta sus actividades diarias?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.17 Debido a su diabetes, ¿ha tenido usted algún problema circulatorio en sus pies, brazos o piernas?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.18 Debido a su diabetes, ¿ha tenido usted algún problema en la visión?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.19 ¿En el último año ha tenido usted algún problema de úlceras en los pies?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.20 Como consecuencia de su diabetes, ¿le han amputado usted alguna parte de su cuerpo?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.21 Como consecuencia de su diabetes, ¿ha tenido usted alguna vez alguna complicación renal (en los riñones)?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.22 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted que tiene cáncer de la piel o pequeños tumores en la piel?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.23 ¿A qué edad le diagnosticaron a usted el cáncer de la piel por primera vez?	Edad __ __ Año __ __ __ __ No sabe 88 No contesta 99

PASE A G.24

SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA

G.24 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted si tiene otro tipo de cáncer o tumor maligno, que no sea de la piel?	Sí	1	
	No	2	"
	No sabe	8	"
	No contesta	9	"

G.25 ¿A qué edad le diagnosticaron por primera vez a usted que tenía un cáncer que no era de la piel?	Edad	_ _ _	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
	Año	_ _ _ _	
	No sabe	88	
	No contesta	99	

G.26 ¿Qué tipo de cáncer le diagnosticaron a usted? <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE</div>	Cáncer de mama	1
	Próstata	2
	Colon	3
	Pulmón	4
	Útero	5
	Otro. Especifique:_____	6
	No sabe	8
No contesta	9	

G.27 ¿Le ha dicho algún médico si usted tiene cáncer actualmente, que no sea cáncer de la piel?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.28 ¿En el último año ha recibido usted algún tratamiento para cáncer?	Sí	1	
	No	2	"
	No sabe	8	"
	No contesta	9	"
			PASE A G.30a

G.29 En el último año, ¿qué tratamientos ha recibido usted para ese cáncer? <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE</div>	Quimioterapia o medicamentos	1	"
	Cirugía	2	"
	Radiación o rayos X	3	"
	Medicamentos para los síntomas (dolor, náusea, alergias)	4	"
	Otro:_____		"
	—	7	"
	<i>Especifique</i>		"
	No sabe	8	"
No contesta	9		PASE A G.30a

<p>G.30 ¿Cuál fue la <u>razón principal</u> por la que usted <u>NO</u> recibió tratamiento?</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; margin: 10px 0; text-align: center;">MARQUE SOLO UNA RESPUESTA</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Me curé o estaba en remisión</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>El médico no me lo indicó</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>No podía pagar el tratamiento</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>No tenía seguro</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>Tenía seguro, pero no podía pagar el deducible</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>No tenía quien me llevara</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>Tenía responsabilidades familiares</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>(tenía que cuidar a alguien en la familia)</td><td></td></tr> <tr><td>No quise aceptar el tratamiento</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>Otro:</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Especifique</i></td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">99</td></tr> </table>	Me curé o estaba en remisión	01	El médico no me lo indicó	02	No podía pagar el tratamiento	03	No tenía seguro	04	Tenía seguro, pero no podía pagar el deducible	05	No tenía quien me llevara	06	Tenía responsabilidades familiares	07	(tenía que cuidar a alguien en la familia)		No quise aceptar el tratamiento	08	Otro:	09	<i>Especifique</i>		No sabe	88	No contesta	99
Me curé o estaba en remisión	01																										
El médico no me lo indicó	02																										
No podía pagar el tratamiento	03																										
No tenía seguro	04																										
Tenía seguro, pero no podía pagar el deducible	05																										
No tenía quien me llevara	06																										
Tenía responsabilidades familiares	07																										
(tenía que cuidar a alguien en la familia)																											
No quise aceptar el tratamiento	08																										
Otro:	09																										
<i>Especifique</i>																											
No sabe	88																										
No contesta	99																										

<p>G.30a ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted si tiene asma?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">PASE A G.31</div>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9
Sí	1								
No	2								
No sabe	8								
No contesta	9								

<p>G.30b ¿A qué edad le diagnosticaron a usted el asma?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Edad</td><td style="text-align: right;"> _ _ _ _ </td></tr> <tr><td>Año</td><td style="text-align: right;"> _ _ _ _ </td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">99</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD</div>	Edad	_ _ _ _	Año	_ _ _ _	No sabe	88	No contesta	99
Edad	_ _ _ _								
Año	_ _ _ _								
No sabe	88								
No contesta	99								

<p>G.30c ¿Recibe usted algún tipo de medicamento, terapia o tratamiento para el asma?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9
Sí	1								
No	2								
No sabe	8								
No contesta	9								

<p>G.31 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal bronquitis, tuberculosis o enfisema?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">PASE A G.35</div>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9
Sí	1								
No	2								
No sabe	8								
No contesta	9								

<p>G.32 ¿A qué edad le diagnosticaron a usted esa enfermedad pulmonar crónica?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Edad</td><td style="text-align: right;"> _ _ _ _ </td></tr> <tr><td>Año</td><td style="text-align: right;"> _ _ _ _ </td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">99</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD</div>	Edad	_ _ _ _	Año	_ _ _ _	No sabe	88	No contesta	99
Edad	_ _ _ _								
Año	_ _ _ _								
No sabe	88								
No contesta	99								

<p>G.33 ¿Recibe usted algún tipo de medicamento, terapia o tratamiento para esta enfermedad pulmonar?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9
Sí	1								
No	2								
No sabe	8								
No contesta	9								

<p>G.34 ¿Le han puesto a usted alguna vez oxígeno para aliviar esa enfermedad pulmonar?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>No contesta</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No contesta	9
Sí	1								
No	2								
No sabe	8								
No contesta	9								

G.35 ¿Ha sufrido usted algún ataque cardíaco?	Sí	1	
	No	2	"
	No sabe	8	"
	No contesta	9	"

G.35a ¿A qué edad tuvo usted el ataque al corazón más reciente?	Edad	_ _ _	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
	Año	_ _ _	
	No sabe	88	
	No contesta	99	

G.36 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted si padece una enfermedad del corazón, como angina, enfermedad coronaria o enfermedad congestiva del corazón, etc?	Sí	1	
	No	2	"
	No sabe	8	"
	No contesta	9	"

G.37 ¿A qué edad le diagnosticaron a usted por primera vez su problema del corazón?	Edad	_ _ _	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
	Año	_ _ _	
	No sabe	88	
	No contesta	99	

G.38 ¿Toma usted algún tipo de medicamento para su problema del corazón?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.39 Durante el último año, ¿ha visto usted un doctor debido a su problema del corazón?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.40 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted si ha tenido un derrame cerebral?	Sí	1	
	No	2	"
	No sabe	8	"
	No contesta	9	"

G.41 ¿En qué año o a qué edad tuvo usted el derrame cerebral más reciente?	Año	_ _ _	
	Edad	_ _ _	
	No sabe	8888	
	No contesta	9999	

<p>G.42 Durante el último año, ¿ha visitado usted un doctor debido a ese derrame cerebral?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.43 ¿Después del derrame ha tenido usted alguna debilidad en los brazos y las piernas o dificultad para moverlos o usarlos?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.44 ¿Ha tenido usted alguna dificultad al hablar o tragar después del derrame?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.45 ¿Ha tenido usted alguna dificultad con su vista después del derrame?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.46 ¿Ha tenido usted alguna dificultad para decir lo que quiere después del derrame?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.47 ¿Está usted tomando alguna medicina para tratar el derrame o sus complicaciones?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.48 En el último año, ¿recibió usted algún tipo de terapia física u ocupacional como consecuencia del derrame o sus complicaciones?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.49 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho usted si tiene artritis o reumatismo?</p>	<p>Sí 1 No 2 " No sabe 8 " No contesta 9 "</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">PASE A G.55</div>
<p>G.49a ¿Qué tipo de artritis le dijo el médico que tiene usted?</p>	<p>Osteoartritis 1 Artritis reumática 2 No sabe 8 No contesta 9</p>

G.50 ¿A qué edad le diagnosticaron a usted por primera vez su artritis o reumatismo?	Edad __ __	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
	Año __ __ __ __	
	No sabe 88	
	No contesta 99	

G.51 ¿En el último año, ha visitado usted a un médico debido a su artritis o reumatismo?	Sí 1
	No 2
	No sabe 8
	No contesta 9

G.52 En el último año, ¿ha tomado alguna usted medicina o ha recibido terapia física para su artritis o reumatismo?	Sí 1
	No 2
	No sabe 8
	No contesta 9

G.53 Debido a su artritis o reumatismo, ¿han hecho usted alguna operación?	Sí 1	PASE A G.55
	No 2	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

G.54 ¿Qué articulación(es) le operaron? <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 2px; margin-top: 5px;"> MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN </div>	Cadera 1
	Rodilla 2
	Otra. Especifique: _____ 3
	No sabe 8
	No contesta 9

G.55 ¿Se ha caído usted alguna vez después de cumplir los sesenta años?	Sí 1	PASE A G.58
	No 2	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

G.56 ¿Cuántas veces se ha caído usted durante el último año?	Veces __ __	SI CONTESTA "NINGUNA VEZ" ENTRE "0" Y PASE A G.58
	No sabe 88	
	No contesta 99	

G.57 ¿Se lastimó usted en alguna de esas caídas de tal manera que necesitó tratamiento médico?	Sí 1
	No 2
	No sabe 8
	No contesta 9

G.58 ¿Alguna vez se ha fracturado usted la cadera?	Sí 1	PASE A G.60
	No 2	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

G.59 En el último año, ¿se fracturó usted la cadera?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.60 En el último año, ¿se fracturó usted algún otro hueso?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.61 En el último año, ¿ha tomado usted pastillas o tabletas de calcio regularmente?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.62 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted que tiene osteoporosis?	Sí 1 No 2 " No sabe 8 " No contesta 9 " <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.65</div>
G.63 ¿A qué edad le diagnosticaron la osteoporosis?	Edad __ __ Año __ __ __ __ No sabe 88 No contesta 99 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD</div>
G.64 En el último año, ¿ha tomado usted medicamentos para la osteoporosis?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.65 En el último año, ¿ha tenido usted problemas para aguantar la orina o para que no se le salga la orina? <div style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">SI EL ENTREVISTADO NO ENTIENDE, SEA MAS ESPECIFICO</div>	Sí 1 No 2 " No sabe 8 " No contesta 9 " <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.67</div>
G.66 ¿Cuántos días le sucedió esto en el último mes?	Menos de 5 días 1 Entre 5 y 14 días 2 Más de 15 días 3 No sabe 8 No contesta 9
G.67 Durante el último año, ¿se ha usted evacuado encima?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9

SI EL ENTREVISTADO NO INDICO PADECER NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS PASE A G.69

<p>G.68 ¿Me podría decir si alguna de las condiciones de las que me ha hablado interfiere o dificulta sus actividades diarias? Dir'ia usted que las condiciones que ha mencionado [condiciones mencionadas en las preguntas G.4, G.8, G.22, G.24,G30.a, G.31, G.36, G.40, G.49, G.62 y G.65] interfiere(n)mucho, un poco o nada sus actividades diarias?</p>	<p><i>MUCHO</i> 1 <i>POCO</i> 2 <i>NADA</i> 3</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>
--	---

AHORA LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE ALGUNOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PUEDE HABER SENTIDO EN EL ULTIMO A

<p>G.69 En el último año, ¿ha tenido usted a menudo dolor o malestar en el pecho?</p>	<p>Sí 1 "</p> <p>No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	PASE A G.71
---	--	-------------

<p>G.70 ¿Ha sentido alguna vez presión en el pecho?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 "</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>	PASE A G.78
---	--	-------------

SI EL ENTREVISTADO ESTA ENCAMADO. PREGUNTE G70a. SI NO ESTA ENCAMADO PASE A G.71

<p>G.70a Primero, ¿me gustaría preguntarle si ha estado en cama por más de un año?</p>	<p>Sí 1 "</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>	PASE A G 92a
---	--	--------------

<p>G.71 ¿Siente ese dolor o malestar en el pecho cuando sube cuestas o camina apurado?</p>	<p>Sí 1 No 2</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>
--	---

G.72 ¿Siente ese dolor o malestar en el pecho cuando camina sin apurarse y sin subir cuestas?	Sí 1	" PASE A G.76
	No 2	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

G.73 ¿Qué hace si siente ese dolor o malestar en el pecho cuando camina?	Deja de caminar o camina más despacio 1
	Sigue caminando 2
	No sabe 8
	No contesta 9

G.74 ¿Qué ocurre si deja de caminar?	El dolor o malestar se alivia 1	" PASE A G.76
	El dolor o malestar continua 2	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

G.75 ¿Cuánto tarda el dolor o malestar en aliviarse?	Diez minutos o menos 1
	Más de diez minutos 2
	No sabe 8
	No contesta 9

G.76 Durante el último año ¿ha visitado un médico debido a ese dolor o malestar en el pecho?	Sí 1	" PASE A G.78
	No 2	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

G.77 ¿Qué le dijo el médico que era ese dolor o malestar en el pecho?	_____

	No sabe 8
	No contesta 9

G.78 En el último año, ¿ha tenido usted palpitaciones?	Sí 1	" PASE A G.80
	No 2	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

<p>G.79 ¿Siente usted vértigo cuando sufre de palpitaciones?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>ENTREVISTADOR: VÉRTIGO SIGNIFICA MAREOS</p> </div>	<p>Sí 1 No 2</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.80 En el último año ¿ha sentido dolor en las piernas al caminar?</p>	<p>Sí 1 No 2 " <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.88A</div> No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.81 ¿Empieza ese dolor cuando está de pie, sin caminar, o cuando sentado?</p>	<p>Sí 1 No 2 " <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.83</div> No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.82 Cuando tiene es dolor en las piernas ¿le duelen también las pantorrillas o batatas?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.83 ¿Siente ese dolor en las piernas cuando sube cuestas o camina de prisa?</p>	<p>Sí siente ese dolor 1 No, no siente ese dolor 2 Nunca sube cuestas o camina de prisa 3</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.84 ¿Siente ese dolor en las piernas cuando camina sin prisa y sin subir cuestas?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.85 En alguna ocasión, ¿desaparece el dolor mientras está caminando ?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>G.86 ¿Qué hace usted si siente ese dolor en las piernas cuando camina?</p>	<p>Deja de caminar o camina más despacio 1 Sigue caminando 2</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>

G.87 ¿Qué ocurre si deja de caminar?	El dolor o malestar se alivia	1	" <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.88a</div>
	El dolor o malestar continua	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.88 ¿Cuánto tarda el dolor en aliviarse?	Diez minutos o menos	1
	Más de diez minutos	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.88a ¿Ha notado si la planta de los pies ha perdido color o se ve muy pálida?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.89 En el último año, ¿ha tenido la sensación de quedarse sin aire cuando camina apurado o sube una cuesta?	Sí	1	" <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.93</div>
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.90 En el último año, ¿ha tenido la sensación de quedarse sin aire cuando camina a un paso normal?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.91 En el último año, ¿ha tenido que detenerse para coger aire cuando camina a un paso normal?	Sí	1	" <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.93</div>
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.92 ¿Ha sentido que le falta el aire cuando se está lavando o vistiéndose?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92a En el último año ¿ha sentido una tos persistente que le molesta?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92b Usualmente, tose usted tanto como de 4 a 6 veces al día, 4 o más días a la semana?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92c Usualmente, ¿tose usted cuando se levanta al comenzar la mañana?	Sí	1	" PASE A G.92e
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.92d Usualmente, ¿usted ha tosido de esta manera la mayoría de los días por tres meses o más durante el último año?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92e Usualmente, ¿produce usted flema del pecho? (Cuenta flema que produce con la primera fumada del cigarrillo o tan pronto sale afuera. Excluye flema de la nariz Cuenta la flema que se traga)	Sí	1	" PASE A G.92e
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.92f Usualmente ¿produce esta flema de esta manera tanto como dos veces al día?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92g Usualmente ¿produce esta flema cuando se levanta o al comenzar la mañana?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92h Usualmente ¿produce usted alguna flema durante el resto del día o de la noche?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92i1 Alguna vez usted ha sentido al respirar que su pecho produce un ruido o pito cuando tiene catarro?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.92i2 (¿Alguna vez usted ha sentido al respirar que su pecho produce un ruido o pito...) cuando NO tiene catarro?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.92i3 (¿Alguna vez usted ha sentido al respirar que su pecho produce un ruido o pito...) casi todos los días o noches?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.93 En el último año, ¿ha tenido dificultad para tragar?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.94a En el último año, ¿ha tenido sensación de quemazón o de dolor en el estómago en alguno de los momentos que le voy a leer? antes de comer	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.94b [¿ha tenido sensación de quemazón o de dolor en el estómago en alguno de los momentos que le voy a leer?] después de comer	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.94c [¿ha tenido sensación de quemazón o de dolor en el estómago en alguno de los momentos que le voy a leer?] cuando se acuesta	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.94d [¿ha tenido sensación de quemazón o de dolor en el estómago en alguno de los momentos que le voy a leer?] en el medio de la noche	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
G.95 En el último año, ¿fue al hospital a causa de ese dolor?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9

G.96 En el último año, ¿ha notado que tenía sangre en la excreta?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
G.97 En el último año, ¿ha tenido diarrea frecuentemente?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
G.98 En el último año, ¿ha tenido estreñimiento frecuentemente?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
G.99 ¿Alguna vez un médico le ha dicho si tiene úlcera en el estómago o en el duodeno?	Sí, úlcera en el estómago 1 Sí, úlcera en el duodeno 2 Sí, ambas en el estómago y en el duodeno 3 No 4 No sabe 8 No contesta 9	
G.100 En el último año, ¿ha tenido dolores persistentes en las coyunturas de las manos y los pies, incluyendo los dedos?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	PASE A G.102
G.101 En una escala de 1 a 10, en la que 1 es lo menos doloroso y 10 lo más doloroso, ¿qué número le asignaría a ese dolor?	Dolor de 1 a 10 __ __ No sabe 8 No contesta 9	
G.102 En el último año, ¿ha tenido dolores persistentes en las rodillas y caderas?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	PASE A G.104
G.103 En una escala de 1 a 10, en la que 1 es lo menos doloroso y 10 lo más doloroso, ¿qué número le asignaría a ese dolor?	Dolor de 1 a 10 __ __ No sabe 8 No contesta 9	

G.104 En el último año, ¿ha tenido dolor en la espalda?	Sí	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A G.107</div>
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.105 Ese dolor en la espalda, ¿le ocasiona dificultad con alguna de las cosas que voy a mencionarle? <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;">MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN</div>	<i>DIFICULTAD PARA LEVANTARSE DE UNA SILLA</i>	1
	<i>DIFICULTAD PARA CAMINAR</i>	2
	<i>DIFICULTAD PARA LEVANTARSE DE LA CAMA</i>	3
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.106 En una escala de 1 a 10, en la que 1 es lo menos doloroso y 10 lo más doloroso, ¿qué número le asignaría a ese dolor de espalda?	Dolor de 1 a 10	__ __
	No sabe	8
	No contesta	9

G.109 ¿Hay alguien en su familia que sufra de diabetes?	<i>ALGUNO DE LOS PADRES</i>	1
	<i>ALGUNO DE LOS HERMANOS(AS)</i>	2
	Ni los padres ni los hermanos(as)	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.110 Voy a leerle una serie de síntomas, ¿quiero me diga si los ha tenido durante en último año?		SI	NO
	<i>TIENE SED EXCESIVA</i>	/	/
	<i>BEBE MUCHOS LÍQUIDOS</i>	/	/
	<i>SIEMPRE TIENE HAMBRE</i>	/	/
	<i>PERDIÓ MAS DE 10 LIBRAS SIN PROPONÉRSELO</i>	/	/
	<i>ORINA CON MUCHA FRECUENCIA</i>	/	/
	<i>TIENE VISIÓN BORROSA</i>	/	/
	<i>SE CANSÁ CON FACILIDAD</i>	/	/
	<i>SE LE DUERMEN LAS MANOS Y LAS PIERNAS</i>	/	/
	<i>TIENE INFECCIONES FRECUENTES DE ORINA, PIEL O ENCÍAS</i> ..	/	/
No sabe		8	
No contesta		9	

G.111 ¿Sufre usted de dolor físico o dolo en el cuerpo?	Sí	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A</div>
	No	2	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.112 ¿Cómo es el dolor físico la mayor parte del tiempo?	<i>LEVE O POCO</i>	1
	<i>MODERADO O REGULAR</i>	2
	<i>SEVERO O MUCHO</i>	3
	No sabe	8
	No contesta	9

G.113 ¿El dolor le resulta limitante para sus actividades?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G113a ¿Es ciego(a) el entrevistado(a)?	Sí	1	" PASE A G.122a
	No	2	

AHORA QUIERO SABER ALGUNOS DETALLES SOBRE SUS OJOS, OÍDOS Y BOCA

G.114 ¿Usa normalmente usted espejuelos o lentes de contacto?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.115 ¿Cómo es su visión [CON/SIN ver respuesta a G.114] espejuelos o lentes de contacto?	EXCELENTE	1	" PASE A G.117
	MUY BUENA	2	
	BUENA	3	
	REGULAR	4	
	MALA	5	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

SI EL ENTREVISTADO USA ESPEJUELOS (G.114 = 1) PASE A G.117

G.116 ¿Por qué usted no usa espejuelos o lentes de contacto que le servirían para ver mejor?	No me he hecho el examen	1
	No tengo dinero para comprarlos	2
	Otra: _____	3
	<i>Especifique</i>	
	No sabe	8
No contesta	9	

G.117 ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado a usted cataratas o telas en el ojo?	Sí	1	
	No	2	" PASE A G.120
	No sabe	8	
	No contesta	9	

G.118 ¿Alguna vez usted ha sido operado(a) de cataratas?	Sí	1	" PASE A G.120
	No	2	
	No sabe	8	" PASE A G.120
	No contesta	9	

G.119 ¿Por qué usted no ha sido operado(a) de cataratas?	No tengo el dinero para una operación 1 No tengo seguro médico 2 Tengo seguro pero no puedo pagar el deducible 3 El médico no me lo indico, no están maduras 4 No tengo transportación 5 Otro, Especifique _____ 6 No sabe 8 No contesta 9
--	--

G.120 ¿Alguna vez un doctor le ha diagnosticado a usted glaucoma?	Sí 1 No 2 " No sabe 8 " No contesta 9 " <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">PASE A G.123</div>
---	--

G.121 ¿Está usted recibiendo tratamiento para la glaucoma?	Sí 1 " No 2 No sabe 8 No contesta 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">PASE A G.123</div>
--	--

G.122 ¿Por qué usted no está recibiendo tratamiento para la glaucoma?	No tengo el dinero para el tratamiento 1 No tengo seguro médico 2 Tengo seguro pero no puedo pagar el deducible 3 El médico no me lo indicó 4 No tengo transportación 5 Otro, Especifique _____ 6 No sabe 8 No contesta 9
---	---

G.122a ¿Es usted sordo(a) el entrevistado(a)?	Sí 1 " No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">PASE A G.126</div>
---	--

G.123 ¿Usa usted normalmente audífonos o aparatos para oír?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9
---	--

G.124 ¿Cómo es su audición [CON/SIN ver respuesta a G.123] audífonos?	EXCELENTE 1 " MUY BUENA 2 " BUENA 3 " REGULAR 4 MALA 5 No sabe 8 No contesta 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">PASE A G.126</div>
---	--

SI EL ENTREVISTADO USA AUDIÓFONOS (G.123 = 1) PASE A G.126

<p>G.125 ¿Por qué usted no usa audífonos o aparatos para oír que le servirían para oír mejor?</p>	<p>Me molestan 1 No tengo dinero para comprarlos 2 No tengo una receta 3 No he tenido la oportunidad de ir al médico 4</p> <p>Otro, Especifique _____ 5</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>
--	---

<p>G.126 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la boca y los dientes. Por favor dígame, ¿le faltan a usted algunos dientes o muelas ?</p>	<p>Sí, unos pocos (hasta cuatro) 1 Sí, bastantes (más de cuatro y menos de la mitad) 2 Sí, la mayoría (la mitad o más) 3 Le faltan todos los dientes y muelas 4</p> <p>No 5 " PASE A G.130</p> <p>No sabe 8 " PASE A G.130 No contesta 9 "</p>
---	--

SI ENTREVISTADO(A) CONTESTA SI, INDAGUE SOBRE LA CANTIDAD DE DIENTES O MUELAS QUE LE FALTAN Y CODIFIQUE SEGUN LA RESPUESTA.

<p>G.127 ¿Tiene usted puentes, dientes o dentadura postizos?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 " PASE A G.130</p> <p>No sabe 8 " No contesta 9 "</p>
---	--

<p>G.128 ¿Usa usted los puentes, dientes o dentadura postizos?</p>	<p>Sí 1 " PASE A G.130</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8 " PASE A G.130 No contesta 9 "</p>
---	---

<p>G.129 ¿Por qué usted no usa puentes, dientes o dentadura postizos?</p>	<p>Me molestan 1 No tengo dinero/ no tengo seguro médico / no puedo pagar el deducible 2</p> <p>Otro, Especifique _____ 3</p> <p>No sabe 8 No contesta 9</p>
--	--

<p>G.130 En el último año, ¿ha tenido usted dificultades para masticar su comida?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
--	---

G.140 ¿A qué edad tuvo usted su última menstruación?	Edad __ __	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
	Año __ __ __ __	
	No sabe 88	
	No contesta 99	

G.141 ¿Ha usado usted alguna vez o usa actualmente hormonas para la menopausia o estrógeno (pastillas, parchos, etc)?	Sí, usa 1	PASE A G.148
	Sí, ha usado, pero ya no usa 2	
	Nunca ha usado 3	
	No sabe 8	
	No contesta 9	

G.142 ¿A qué edad comenzó a tomar hormonas para la menopausia o estrógeno?	Edad __ __	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
	Año __ __ __ __	
	No sabe 88	
	No contesta 99	

PASE A G.148

G.143 En el último año, ¿le han hecho a usted un examen rectal o una prueba de sangre para la próstata?	Sí 1
	No 2
	No sabe 8
	No contesta 9

AHORA QUISIERA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS QUE TAL VEZ LE HAGAN SENTIRSE UN POCO INCÓMODO PORQUE SE REFIEREN A SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PUEDEN EXPERIMENTARSE CUANDO UNO VA AL BAÑO. MUCHAS PERSONAS EXPERIMENTAN ESTOS SÍNTOMAS Y NO HAY NINGUNA RAZÓN POR LA QUE AVERGONZARSE DE ELLOS. LE RUEGO ME CONTESTE CON SINCERIDAD.

	Sí	No	No sabe	No contesta
G.144 ¿Tiene usted que orinar con mucha frecuencia?	1	2	8	9
G.145 ¿Siente que, a pesar de tener ganas, el chorro es débil y pequeño?	1	2	8	9
G.146 ¿Siente ardor, o que le quema, al orinar?	1	2	8	9
G.147 ¿Tiene usted que orinar tres veces o más durante la noche?	1	2	8	9

QUISIERA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD MENTAL

G.148 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted si tiene algún problema psiquiátrico o si padece de los nervios?	Sí 1
	No 2
	No sabe 8
	No contesta 9

G.149 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho a usted si padece de depresión?	Sí	1	
	No	2	"
	No sabe	8	"
	No contesta	9	"

PASE A G.154

G.150 ¿A qué edad le diagnosticaron la depresión?	Edad	__ __	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
	Año	__ __ __ __	
	No sabe	88	
	No contesta	99	

G.151 ¿Recibe usted tratamiento psiquiátrico o psicológico para la depresión?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.152 Durante el último año, ¿ha tomado usted alguna medicina recetada para tratar la depresión?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

G.153 Durante el último año, ¿ha tomado usted alguna medicina o remedio natural para tratar la depresión?	Sí	1
	No	2
	No sabe	8
	No contesta	9

AHORA QUISIERA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE CIERTOS HÁBITOS DE CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

G.154 ¿Cuántas comidas completas hace usted al día, incluyendo el desayuno?	Número de comidas	__
	No sabe	8
	No contesta	9

G.155 En los últimos 3 meses, en promedio, ¿cuántos días a la semana ha tomado bebidas alcohólicas (como por ejemplo cerveza, vino, ron u otras bebidas que contienen alcohol)?	No consumió	1	"
	Menos de un día por semana	2	
	1 día a la semana	3	
	2 a 3 días a la semana	4	
	4 a 6 días a la semana	5	
	Todos los días	6	
	No sabe	8	
	No contesta	9	

PASE A G.161

G.156 En los últimos 3 meses, en los días que tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántas copas de vino, cervezas, ron o bebidas con licor tomó usted en promedio al día?	Copas de vino	__ __
	Cervezas	__ __
	Ron	__ __
	Otras bebidas con licor	__ __
	No sabe	88
	No contesta	99

ESCALA ALCOHOLISMO (CAGE)	SI	NO
G.157 Alguna vez ha pensado que debiera reducir la cantidad de alcohol que usted toma	__	__
G.158 Le ha molestado que alguna persona le haya criticado su consumo de alcohol	__	__
G.159 Alguna vez se ha sentido mal o culpable por consumir alcohol	__	__
G.160 Ha bebido alguna vez un trago por la mañana o ha bebido para calmar los nervios o pasar una resaca (<i>hangover</i>)	__	__

G.161 ¿Ha fumado usted cien cigarrillos o más en toda su vida?	Sí 1 No 2 " No sabe 8 " No contesta 9 "	PASE A G.167
--	--	--------------

G.162 ¿Fuma usted actualmente?	Sí 1 No 2 " No sabe 8 " No contesta 9 "	PASE A G.164
--	--	--------------

G.163 ¿Cuántos cigarrillos, cigarros o pipas fuma usted regularmente por día? <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CAJETILLA = 20 CIGARRILLOS</div>	Cigarrillos __ __ Cigarros __ __ Pipas __ __	PASE A G.166
---	---	--------------------

G.164 ¿Cuántos cigarrillos, cigarros o pipas fumaba usted regularmente por día? <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CAJETILLA = 20 CIGARRILLOS</div>	Cigarrillos __ __ Cigarros __ __ Pipas __ __	
---	---	--

G.165 ¿qué edad tenía usted cuando dejó de fumar o en qué año dejó de fumar? <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">SI DEJO DE FUMAR HACE MENOS DE UN AÑO, REGISTRE LA EDAD ACTUAL DEL</div>	Edad __ __ Año __ __ __ __ No sabe 88 No contesta 99	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
--	---	--

G.166 ¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar?	Edad __ __ Año __ __ __ __ No sabe 88 No contesta 99	SI NO SABE LA EDAD PREGUNTE EL AÑO Y CALCULE LA EDAD
--	---	--

<p>G.167 En el último año, ¿ha realizado usted alguna de las siguientes actividades: deportes, "jogear", caminar, bailar o trabajo pesado, tres veces o más por semana?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9</p>
--	---

<p>G.168 En el último año, ¿qué tipo de pasatiempos realizó usted?</p>	<p>Textual: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>No sabe 88 No contesta 99</p>
---	---

ALGUNOS ADULTOS DE EDAD MAYOR SUFREN LA AMPUTACIÓN DE ALGUNA DE SUS EXTREMIIDADES POR PROBLEMAS RELACIONADOS CON CIERTAS ENFERMEDADES. AHORA QUIERO HACERLE UNA PREGUNTA SOBRE ESTO.

<p>G.169 ¿Le falta a usted alguna extremidad?</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>NO LO PREGUNTE SI RESULTA OBVIO Y MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE</p> </div>	<p>No 00</p> <p>Sí, pierna 01</p> <p>Sí, ambas piernas 02</p> <p>Sí, pie 03</p> <p>Sí, ambos pies 04</p> <p>Sí, brazo 05</p> <p>Sí, ambos brazos 06</p> <p>Sí, mano 07</p> <p>Sí, ambas manos 08</p> <p>No 09</p> <p>No sabe 88</p> <p>No contesta 99</p>
---	---

<p>G.170 En el último año, ¿cuántos días pasó usted en cama por enfermedad?</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>SI NO PASO NINGÚN DÍA, CODIFIQUE CERO</p> <p>SI EL ENTREVISTADO ESTA ENCAMADO G70 = 1 CODIFIQUE 365</p> </div>	<p>Número de días __ __ __ </p> <p>No sabe 888</p> <p>No contesta 999</p>
---	--

<p>G.170a En Puerto Rico hay muchas personas que sufren una enfermedad llamada bilarcia. ¿Quisiera saber si a usted alguna vez le han diagnosticado a usted esta enfermedad ?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 888</p> <p>No contesta 999</p>
--	---

AHORA PIENSE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS Y DÍGAME SI DURANTE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS USTED...

	Sí	No	No sabe	No contesta
G.171 ¿Ha estado básicamente satisfecho(a) con su vida?	1	2	8	9
G.172 ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?	1	2	8	9
G.173 ¿Sintió que su vida estaba vacía?	1	2	8	9
G.174 ¿Se sintió aburrido(a) frecuentemente?	1	2	8	9
G.175 ¿Estuvo de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	1	2	8	9

Durante las últimas dos semanas...

G.176 ¿Estuvo preocupado(a) o temiendo que algo malo le sucediera?	1	2	8	9
G.177 ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	1	2	8	9
G.178 ¿Se sintió con frecuencia desamparado(a) o desvalido(a)?	1	2	8	9
G.179 ¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1	2	8	9
G.180 ¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	1	2	8	9

Durante las últimas dos semanas...

G.181 ¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	1	2	8	9
G.182 ¿Se sintió inútil o que no vale usted nada en su situación actual?	1	2	8	9
G.183 ¿Se sintió lleno(a) de energía?	1	2	8	9
G.184 ¿Se encontró usted sin esperanza ante su situación actual?	1	2	8	9

	Sí	No	No sabe	No contesta
G.185 ¿Creyó usted que las otras personas estaban en una situación mejor que la de usted?	1	2	8	9