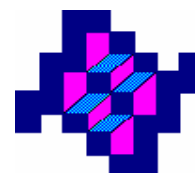




SECRETARIA DE SALUD

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2005



Cuestionario de Adultos de 20 años o más

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

Entidad Federativa _____ [] []

Municipio ó Delegación _____ [] [] []

Localidad _____ [] [] [] []

U.P.M [] [] Manzana [] [] []

AGEB [] [] [] - []

Estrato [] 1-Urbano 2-Rural

Nivel Socioeconómico [] 1-Bajo 2-Medio 3-Alto

Hogar.....[] de []
DE LA VIVIENDA

Cuestionario.....[] de []
DEL HOGAR

Número Progresivo
de Vivienda.....[] [] []

Núm. de cuestionario: [] [] [] [] [] []

Núm. de control: [] [] [] [] [] []

Número de registro del entrevistado: [] []

Nombre seleccionado(a): _____

DIRECCIÓN DE LA PERSONA SELECCIONADA

(CALLE, AVENIDA,, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA

NÚM. EXTERIOR

NÚM. INTERIOR

LOCALIDAD

(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

MUNICIPIO

COD. POSTAL

VISITA	Primera		Segunda		Tercera		Cuarta	
	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes
Fecha de entrevista								
Nombre								
Clave								
Hora en que comenzó	[] [] : [] []		[] [] : [] []		[] [] : [] []		[] [] : [] []	
Hora en que terminó	[] [] : [] []		[] [] : [] []		[] [] : [] []		[] [] : [] []	
Duración	[] [] : [] []		[] [] : [] []		[] [] : [] []		[] [] : [] []	
Cuantos días pasaron entre la 1ª y 2ª								
Resultado*								

* CÓDIGO PARA RESULTADO

1. ENTREVISTA COMPLETA
2. ENTREVISTA INCOMPLETA
3. INFORMANTE INADECUADO
4. ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)

5. AUSENCIA DE LA PERSONA SELECCIONADA
6. SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN
7. OTRO _____

Especificar

Nombre del supervisor _____

Nombre del codificador _____

1. ACTIVIDAD FÍSICA

Piense en todas las actividades que requieran de un **esfuerzo físico vigoroso** que pudo haber realizado durante los últimos 7 días.

Las actividades vigorosas hacen que usted respire con mucho más dificultad de lo normal y estas actividades pueden ser: aeróbicos, andar en bicicleta rápidamente, levantar cosas pesadas, cavar, trabajo agrícola como cosechar, etc. **Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.**

<p>1.1 Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días realizo usted alguna actividad que requiriera de un esfuerzo físico vigoroso?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>No realiza alguna actividad vigorosa.....00</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50px; text-align: center;"> <p>_____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <p>Limitación o dificultad para moverse o caminar.....55</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50px; text-align: center;"> <p>_____</p> </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <p>[] []</p> <p>Días por semana</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>PASE A P. 1.4</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>PASE A P. 2.1</p> </div>
<p>1.2 ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividad(es) física(s) vigorosa(s) <u>en uno de esos días</u>?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50px; text-align: center;"> <p>_____</p> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>PASE A P. 1.4</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>[] []</p> <p>Horas por día</p> <p>[] []</p> <p>Minutos por día</p> </div>
<p>1.3 Entonces, ¿el tiempo que paso usted realizando alguna actividad(es) física(s) vigorosa(s) durante los últimos _____ días es de aproximadamente _____ (horas/minutos)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No responde.....8</p> <p>No sabe.....9</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>[]</p> </div>

Ahora piense en las actividades que requieran de un **esfuerzo físico moderado** que usted pudo haber realizado durante los últimos 7 días.

Las actividades físicas moderadas hacen que usted respire con un poco más de dificultad de lo normal y estas actividades pueden ser: cargar cosas ligeras de un lugar a otro, ir en bicicleta aun paso regular, etc. **No incluya caminar.**

Una vez más piense únicamente en las actividades físicas en las cuales haga por lo menos 10 minutos continuos.

<p>1.4 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizo usted alguna actividad física moderada?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>No realiza alguna actividad moderada.....00</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50px; text-align: center;"> <p>_____</p> </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <p>[] []</p> <p>Días por semana</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>PASE A P. 1.7</p> </div>
<p>1.5 ¿Cuánto tiempo pasa generalmente realizando esta(s) actividad(es) física(s) moderada(s) <u>en uno de esos días</u>?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50px; text-align: center;"> <p>_____</p> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>PASE A P. 1.7</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>[] []</p> <p>Horas por día</p> <p>[] []</p> <p>Minutos por día</p> </div>
<p>1.6 Entonces, ¿el tiempo que paso usted realizando alguna actividad(es) física(s) moderada(s) durante los últimos _____ días es de aproximadamente _____ (horas/minutos)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No responde.....8</p> <p>No sabe.....9</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>[]</p> </div>

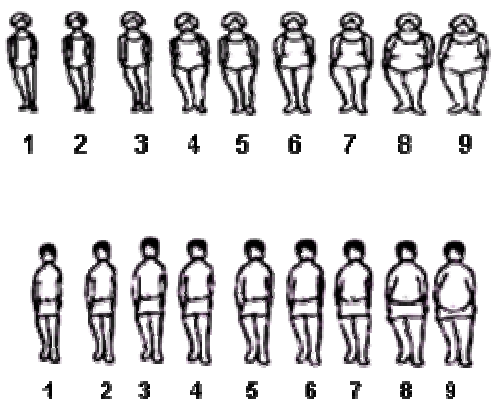
Ahora piense en **el tiempo que ha caminado durante los últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, trasladándose de un lugar a otro y/o cualquier otra caminata que usted haya hecho meramente por recreación, deporte, ejercicio o placer. **Piense únicamente en las actividades en las que usted camino por lo menos 10 minutos seguidos.**

1.7 Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días usted <u>caminó por lo menos 10 minutos seguidos</u> ?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> No camino.....00 No responde.....88 No sabe.....99 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [][] Días por semana PASE A P. 1.10 </div>
1.8. Generalmente, ¿Cuánto tiempo camina usted en <u>uno de esos días</u> ?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> No responde.....88 No sabe.....99 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A P. 1.10 [][] Horas por día [][] Minutos por día </div>
1.9 Entonces, ¿el tiempo que paso usted caminando durante los últimos [] días es de aproximadamente [] (horas/minutos)?	Sí.....1 No.....2 No responde.....8 No sabe.....9	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [] </div>

Ahora piense en el tiempo que usted **estuvo sentado durante los últimos 7 días**. Incluya el tiempo que pasa sentado(a) en el trabajo, en la casa, estudiando, y durante el tiempo de descanso. **Esto puede incluir tiempo que pasó sentado(a) en un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentado(a) o acostado(a) viendo televisión.**

1.10 Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo en total estuvo sentado(a) <u>en uno</u> de esos días de la semana?	No responde.....88 No sabe.....99	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [][] Horas de un día de la semana [][] Minutos de un día de la semana </div>
1.11 En total, ¿cuanto tiempo estuvo sentado(a) el Miércoles de la semana pasada?	No responde.....88 No sabe.....99	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [][] Horas del miércoles de la semana pasada [][] Minutos el miércoles de la semana pasada </div>

2. SOBREPESO Y OBESIDAD

2.1 Ahora le voy a mostrar unas figuras corporales, por favor dígame que figura siente que más se parece a usted en este momento <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> Muestre las figuras según sea el sexo del entrevistado </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [] Número de figura </div>
2.2 ¿Considera usted que ...	tiene sobrepeso?.....1 tiene obesidad?.....2 está bajo de peso?.....3 está bien de peso?.....4 No responde.....8 No sabe9	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [] </div>

3. DEPRESIÓN

Estas preguntas se refieren a como se ha sentido usted durante la semana pasada.

3.1 Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún periodo de <u>varios días</u> en los que ...	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>No sabe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>la mayor parte del día se sintió triste o vacío(a)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>perdió el interés por casi todas las cosas que suele disfrutar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>se sintiera con falta de energía o cansado(a) constantemente?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>se ha sentido solo(a)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>ha sentido que tenía mucha energía?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>se ha sentido irritado?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>perdió el apetito?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>sintiera que sus pensamientos se hacían más lentos?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> </table>		Sí	No	No sabe		la mayor parte del día se sintió triste o vacío(a)?.....	1	2	9	[]	perdió el interés por casi todas las cosas que suele disfrutar?.....	1	2	9	[]	se sintiera con falta de energía o cansado(a) constantemente?.....	1	2	9	[]	se ha sentido solo(a)?	1	2	9	[]	ha sentido que tenía mucha energía?	1	2	9	[]	se ha sentido irritado?.....	1	2	9	[]	perdió el apetito?.....	1	2	9	[]	sintiera que sus pensamientos se hacían más lentos?.....	1	2	9	[]	
	Sí	No	No sabe																																												
la mayor parte del día se sintió triste o vacío(a)?.....	1	2	9	[]																																											
perdió el interés por casi todas las cosas que suele disfrutar?.....	1	2	9	[]																																											
se sintiera con falta de energía o cansado(a) constantemente?.....	1	2	9	[]																																											
se ha sentido solo(a)?	1	2	9	[]																																											
ha sentido que tenía mucha energía?	1	2	9	[]																																											
se ha sentido irritado?.....	1	2	9	[]																																											
perdió el apetito?.....	1	2	9	[]																																											
sintiera que sus pensamientos se hacían más lentos?.....	1	2	9	[]																																											
3.2 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión?	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	Sí	1		No	2		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A P. 4.1 </div>																																							
Sí	1																																														
No	2																																														
3.3 ¿Le mandaron medicinas o algún otro tipo de tratamiento para la depresión?	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>	Sí	1		No	2		No responde.....	8		[]																																				
Sí	1																																														
No	2																																														
No responde.....	8																																														
3.4 Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tomado algún medicamento o ha seguido algún otro tipo de tratamiento para la depresión?	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>	Sí	1		No	2		No responde.....	8		[]																																				
Sí	1																																														
No	2																																														
No responde.....	8																																														

4. DIABETES MELLITUS

4.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre?	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sí, durante el embarazo (sólo mujeres, diabetes gestacional)</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	Sí.....	1		Sí, durante el embarazo (sólo mujeres, diabetes gestacional)	3		No.....	2		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A P. 5.1 </div>									
Sí.....	1																			
Sí, durante el embarazo (sólo mujeres, diabetes gestacional)	3																			
No.....	2																			
4.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre?	<table border="0"> <tr> <td>Menos de un mes</td> <td>00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td>99</td> <td></td> </tr> </table>	Menos de un mes	00		No sabe.....	99		meses [][] años [][]												
Menos de un mes	00																			
No sabe.....	99																			
4.3 ¿Ha tenido <u>tratamiento médico</u> para controlar la diabetes o el azúcar en la sangre?	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	Sí.....	1		No.....	2		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A P. 4.8 </div>												
Sí.....	1																			
No.....	2																			
4.4 ¿Cuántas veces y con que frecuencia acude al médico para controlar su diabetes?	<table border="0"> <tr> <td>Diario.....</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Semanal.....</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anual</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>	Diario.....	1		Semanal.....	2		Mensual	3		Anual	4		No responde.....	8		No sabe	9		<div style="text-align: center;">[][] Veces</div> <div style="text-align: center;">[] Frecuencia</div>
Diario.....	1																			
Semanal.....	2																			
Mensual	3																			
Anual	4																			
No responde.....	8																			
No sabe	9																			

<p>4.5 ¿En dónde se atiende para controlar su diabetes?</p>	<p>IMSS OPORTUNIDADES 01 IMSS 02 Secretaría de Salud..... 03 SEGURO POPULAR (SSA)..... 04 DIF, , CRUZ ROJA, INI 05 ISSSTE, ISSSTE ESTATAL 06 MARINA/DEFENSA, PEMEX 07 PARTICULAR 08 HOSPITAL CIVIL 09 INSTITUTOS NACIONALES 10 OTRA INSTITUCIÓN 77 NO SABE 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>												
<p>4.6 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar?</p>	<p>Sí, ¿Cuál? Insulina..... 1 Pastillas..... 2 Ambas..... 3 Ninguno..... 4</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: 100px; text-align: center;">PASE A P. 4.8</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: 100px; text-align: center;">PASE A P. 4.8</div>												
<p>4.7 ¿Cuántas veces y con que frecuencia se aplica la insulina?</p>	<p>Diario..... 1 A la semana.....2 No responde.....8 No sabe9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Veces</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Frecuencia</p>												
<p>4.8 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar?</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	<p>Sí, ¿Cuál? Plan de alimentación (dieta)..... 01 Realiza algún ejercicio físico..... 02 Homeopatía (Chochos)..... 03 Herbolaria..... 04 Hemoterapia..... 05 Otros..... 77 No..... 07</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: 100px; text-align: center;">PASE A P. 4.9</div>												
<p>4.9 ¿Qué exámenes <u>se hace</u> o <u>le ordena</u> su médico para vigilar su azúcar?</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	<p>Tiras reactivas en orina..... 1 Tiras reactivas en sangre..... 2 Examen general de orina..... 3 Determinación de glucosa en sangre venosa..... 4 Determinación de hemoglobina glucosilada..... 5 Otro 7 Ninguno..... 6</p>	<p style="text-align: center;">Examen</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: 100px; text-align: center;">PASE A P. 4.11</div>												
<p>4.10 ¿Cuántas veces y con que frecuencia se realiza esta prueba?</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> PREGUNTE PARA CADA UNO DE LOS EXÁMENES QUE LE RESPONDÍO EN LA PREGUNTA 4.9 </div>	<p>Semanal.....1 Mensual.....2 Anual.....3 No sabe.....9</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Veces</th> <th style="text-align: center;">Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></td> </tr> </tbody> </table>	Veces	Frecuencia	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Veces	Frecuencia													
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>													
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>													
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>													
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>													
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>													

<p>4.11 Debido a la diabetes, ¿qué medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones?</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 20px; text-align: center;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	<p>Revisión oftalmológica..... 1 Toma una aspirina diario..... 2 Revisión de pies.....3 Examen de riñón.....4 No realiza ninguna medida preventiva.....5 Otro.....7</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>																														
<p>4.12 ¿Debido a la diabetes ...</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ha tenido úlceras en piernas o pies que tarden en sanar más de 4 semanas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>le han amputado alguna parte del cuerpo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>le ha disminuido su visión?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ha sufrido daño en la retina?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ha perdido la vista?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>le han hecho diálisis?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ha sufrido de un infarto?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>sufrió de un coma diabético?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>perdió la sensibilidad en alguna parte del cuerpo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	ha tenido úlceras en piernas o pies que tarden en sanar más de 4 semanas?.....	1	2	le han amputado alguna parte del cuerpo?.....	1	2	le ha disminuido su visión?.....	1	2	ha sufrido daño en la retina?.....	1	2	ha perdido la vista?.....	1	2	le han hecho diálisis?.....	1	2	ha sufrido de un infarto?.....	1	2	sufrió de un coma diabético?.....	1	2	perdió la sensibilidad en alguna parte del cuerpo?.....	1	2	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
	Sí	No																														
ha tenido úlceras en piernas o pies que tarden en sanar más de 4 semanas?.....	1	2																														
le han amputado alguna parte del cuerpo?.....	1	2																														
le ha disminuido su visión?.....	1	2																														
ha sufrido daño en la retina?.....	1	2																														
ha perdido la vista?.....	1	2																														
le han hecho diálisis?.....	1	2																														
ha sufrido de un infarto?.....	1	2																														
sufrió de un coma diabético?.....	1	2																														
perdió la sensibilidad en alguna parte del cuerpo?.....	1	2																														

5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

5.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	Si 1 No 2	[] <div>PASE A P. 5.9</div>
5.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?	Menos de un mes 00 No sabe..... 99	Meses [][] Años [][]
Entrevistador : SI ES MUJER CONTINÚE, SI ES HOMBRE PASE A LA PREGUNTA 5.5		
5.3 ¿Estaba embarazada cuando le dijeron que su presión estaba alta?	Si 1 No 2	[] <div>PASE A P. 5.5</div>
5.4 ¿Algún médico o personal de salud le diagnóstico preeclampsia solamente durante el tiempo en que estuvo embarazada?	Si 1 No 2	<div>PASE A P. 5.9</div> []
5.5 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta?	Si 1 No 2 No sabe 9	[] <div>PASE A P. 5.8</div>
5.6 ¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?	Menos de un mes00 No sabe99	Meses [][] Años [][]
5.7 ¿En dónde se atiende para controlar su presión alta?	IMSS OPORTUNIDADES01 IMSS02 Secretaría de Salud.....03 SEGURO POPULAR (SSA).....04 DIF, CRUZ ROJA, INI05 ISSSTE, ISSSTE ESTATAL06 MARINA/DEFENSA, PEMEX07 PARTICULAR08 HOSPITAL CIVIL09 INSTITUTOS NACIONALES10 OTRA INSTITUCIÓN77 NO SABE99	[][]
5.8 ¿Actualmente lleva otro tratamiento para controlar su presión alta?	Sí, ¿Cuál? Plan de alimentación1 Realiza algún ejercicio físico2 Homeopatía (chochos)3 Herbolaria4 Disminución en el consumo de sal5 Otros7 No6	[][] [][] [][] [][] [][]

5.9 ¿Cuántas veces y con que frecuencia <u>se toma o le toman la presión?</u>	Semanal..... 1 Mensual..... 2 Anual..... 3 No Sabe..... 8 No se la toma(n)..... 4	[] Frecuencia [][] Cantidad
---	---	---

6. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Posible infarto 6.1 ¿Ha tenido alguna vez un dolor fuerte en el pecho, con falta de aire o gran malestar que durara media hora o más?	Si 1 No 2	[]															
6.2 ¿Le ha dicho el médico que usted tiene (o tuvo) ...	<table> <tr> <td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr> <tr> <td>un infarto?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>angina de pecho?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>insuficiencia cardiaca?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>otra enfermedad del corazón?</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Sí	No	un infarto?	1	2	angina de pecho?	1	2	insuficiencia cardiaca?	1	2	otra enfermedad del corazón?	1	2	[] [] [] []
	Sí	No															
un infarto?	1	2															
angina de pecho?	1	2															
insuficiencia cardiaca?	1	2															
otra enfermedad del corazón?	1	2															

Entrevistador: SI EN LA PREGUNTA ANTERIOR LA RESPUESTA ES QUE SI PRESENTÓ UN INFARTO (CÓDIGO 1) CONTINÚE, SI NO PASE A LA PREGUNTA 7.1

6.3 ¿Lo hospitalizaron para atender el infarto que presentó?	Si 1 No 2	[]
6.4 ¿A qué edad tuvo el primer infarto?	No responde.....88 No sabe99	[][] Edad
6.5 ¿Actualmente esta tomando algún medicamento por el infarto?	Sí 1 No 2 No responde..... 8 No sabe 9	[]

7. ENFERMEDAD RENAL, HIPERCOLESTEROLEMIA Y NEUROMUSCULAR

7.1 ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón como ...	<table> <tr> <td></td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr> <td>infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>cálculos renales?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>insuficiencia renal?</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Si	No	infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....	1	2	cálculos renales?	1	2	insuficiencia renal?	1	2	[] [] []
	Si	No												
infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....	1	2												
cálculos renales?	1	2												
insuficiencia renal?	1	2												

Entrevistador: SI EN ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR RESPONDÍO SÍ
(CÓDIGO 1) CONTINÚE; SI NO ES ASÍ, PASE A PREGUNTA 7.4

<p>7.3. ¿El tipo de tratamiento que tiene para su enfermedad renal es ...</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dieta sin sal?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>medicamentos?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>diálisis?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>homeopático?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>hemodiálisis?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>acupuntura?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>naturista?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ninguno.....</td> <td>1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	dieta sin sal?	1	2	medicamentos?	1	2	diálisis?	1	2	homeopático?	1	2	hemodiálisis?	1	2	acupuntura?	1	2	naturista?	1	2	Otro	1	2	Ninguno.....	1		<div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div>
	Sí	No																														
dieta sin sal?	1	2																														
medicamentos?	1	2																														
diálisis?	1	2																														
homeopático?	1	2																														
hemodiálisis?	1	2																														
acupuntura?	1	2																														
naturista?	1	2																														
Otro	1	2																														
Ninguno.....	1																															
<p>7.4 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 9</p>	<div>[]</div> <div>PASE A P. 7.6</div>																														
<p>7.5 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> </div>	<p>Sí</p> <p>Medicamento.....1</p> <p>Dieta.....2</p> <p>Aumento de actividad física.....3</p> <p>Remedios caseros.....4</p> <p>No5</p>	<div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>PASE A P. 7.6</div>																														
<p>7.6 ¿Algún médico le ha dicho que tiene los triglicéridos altos?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 9</p>	<div>[]</div> <div>PASE A P. 7.8</div>																														
<p>7.7 ¿Ha recibido tratamiento para los triglicéridos altos?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> </div>	<p>Sí</p> <p>Medicamento.....1</p> <p>Dieta.....2</p> <p>Aumento de actividad física.....3</p> <p>No4</p>	<div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>PASE A P. 7.8</div>																														
<p>7.8 ¿Le ha dicho su médico, si ha tenido una embolia cerebral?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 9</p>	<div>[]</div> <div>PASE A P. 8.1</div>																														
<p>7.9 ¿Lo(a) hospitalizaron por esta razón?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	<div>[]</div>																														

8. CÁNCER

8.1 ¿Alguna vez le ha dicho un médico o un dentista que tiene (tuvo) cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo?		Sí 1 No 2 No sabe 9		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A P. 9.1 </div>	
8.2. ¿Qué tipo de cáncer le dijeron que tenía? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA (Código 2) PASE AL SIGUIENTE INCISO </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> REALICE LA PREGUNTA SEGÚN EL SEXO DEL ENTREVISTADO CUANDO ESTE INDICADO H= Hombre M= Mujer </div>		8.3 ¿A qué edad le diagnosticaron cáncer de (MENCIONE CADA UNA DE LAS OPCIONES AFIRMATIVAS DE LA 8.2)?	8.4 ¿Recibió tratamiento médico para atender el cáncer de (MENCIONE CADA UNA DE LAS OPCIONES AFIRMATIVAS DE LA 8.2)?	8.5 ¿Cuál fue el motivo por el que no recibió tratamiento médico?	8.6 ¿Cuál es la situación actual del cáncer?
	Sí No Edad en años No sabe 99	Sí No <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A P. 8.6 </div>	Motivo	Situación actual	
01) Piel (melanoma)	1 2	[] []	1 2	[]	[]
02) Cervix o cuello uterino	M 1 2	[] []	1 2	[]	[]
03) Mama	1 2	[] []	1 2	[]	[]
04) Próstata	H 1 2	[] []	1 2	[]	[]
05) Estómago	1 2	[] []	1 2	[]	[]
06) Pulmón	1 2	[] []	1 2	[]	[]
07) Leucemia/sangre	1 2	[] []	1 2	[]	[]
77) Otro _____ Especifique	1 2	[] []	1 2	[]	[]

8.7 Durante los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento de... (LEA CADA OPCIÓN) por el cáncer que le diagnosticaron?	Sí No No sabe				
	Quimioterapia o medicamento	1	2	9	[]
	Cirugía y/o biopsia	1	2	9	[]
	Radiación o Rayos X	1	2	9	[]
	Medicamentos o tratamiento para síntomas como dolor, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento (tratamiento paliativo).....	1	2	9	[]
	Medicina alternativa.....	1	2	9	[]

Entrevistador: ESTA PRIMERA PARTE ESTÁ DIRIGIDA A MUJERES, SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, PASE AL FILTRO QUE ESTÁ ANTES DE LA PREGUNTA 9.19

9. SALUD REPRODUCTIVA

A continuación le haré algunas preguntas sobre su menstruación.

9.1 ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?	No ha comenzado..... 00	<div>PASE A P. 10.1</div> <div>Edad</div>
9.2 ¿Hace cuánto tiempo fue su última regla o menstruación?	Menos de un mes..... 96 Actualmente está reglando..... 97 No Sabe 99	<div>PASE A P. 9.5</div> <div>Mes (es)</div> <div>Año(s)</div>
FILTRO: SI LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FUE HACE MENOS DE TRES MESES PASE A 9.5, SI FUE HACE TRES MESES O MÁS CONTINÚE		
9.3 ¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar?	Está amamantando o en puerperio..... 01 Actualmente está embarazada..... 02 Por menopausia natural..... 03 Le quitaron la matriz o los ovarios..... 04 Recibió radiaciones en la pelvis..... 05 Tomó medicamentos o quimioterapia.... 06 Otras razones 77 No Sabe..... 99 No Responde..... 88	<div>PASE A P. 9.7</div>
9.4 ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de reglar?	No Sabe 99 No Responde..... 88	<div>Años</div>
9.5 ¿Ha tenido perdida de dos o más ciclos menstruales en el último año?	Si 1 No..... 2 No sabe..... 9	<div></div>
9.6 ¿Alguna vez ha estado embarazada?	Si 1 No..... 2 No sabe..... 9	<div>PASE A P. 10.1</div>
9.7 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?	No Responde..... 88	<div></div>
<div>NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO</div>		
9.8 ¿De estos embarazos cuántos han sido...	nacidos vivos?..... nacidos vivos, que hayan fallecido antes de cumplir un año de edad?..... nacidos muertos?..... abortos?..... Embarazo actual por primera vez.....98	<div>PASE A P. 10.1</div>

9.9 ¿Alguno de sus hijos a pesado más de 4 kg. al nacer?	Si 1 No..... 2 No sabe..... 9	[]																								
FILTRO: APLICAR SÓLO A MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS (PREGUNTA 9.8); SINO PASE A PREGUNTA 9.19																										
9.10 ¿En que mes y año nació su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	Menos de un mes 00 0000 No recuerda88 8888	[] [] Mes [] [] [] [] Año																								
Entrevistador: SÓLO MUJERES CUYO ÚLTIMO HIJO NACIÓ VIVO DEL AÑO 2000 A LA FECHA; SI NO, PASE AL FILTRO QUE ESTÁ ANTES DE LA PREGUNTA 9.19																										
9.11 Cuando estuvo embarazada de su último hijo, ¿quién y cuántas veces la revisó por el embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ANOTE HASTA DOS OPCIONES </div>	Médico.....1 Enfermera.....2 Promotora, auxiliar o asistente de salud.....3 Partera.....4 Otro personal5 Nadie.....6 No responde.....8	[] [] Persona Veces [] [] Persona Veces <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> PASE A P. 9.14 </div>																								
9.12 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?	No recuerda.....88	[] [] Meses																								
Entrevistador : PREGUNTA 9.11 CÓDIGOS DE RESPUESTA 4 Y 5 PASE A LA PREGUNTA 9.14																										
9.13 Durante el embarazo, cuando visitó al médico, enfermera o algún otro personal de salud, ¿Se le realizó algo de lo siguiente al menos una vez...	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>la midieron y la pesaron?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le tomaron la presión arterial?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le mandaron vitaminas, hierro, ácido fólico o algún suplemento alimenticio?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>la vacunaron contra el tétanos (toxoides tetánico)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le mandaron análisis (estudios de laboratorio de sangre, de orina, etc.)?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le hicieron un ultrasonido?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le explicaron los síntomas que se presentan cuando hay complicaciones durante el embarazo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	la midieron y la pesaron?.....	1	2	le tomaron la presión arterial?.....	1	2	le mandaron vitaminas, hierro, ácido fólico o algún suplemento alimenticio?.....	1	2	la vacunaron contra el tétanos (toxoides tetánico)?.....	1	2	le mandaron análisis (estudios de laboratorio de sangre, de orina, etc.)?	1	2	le hicieron un ultrasonido?.....	1	2	le explicaron los síntomas que se presentan cuando hay complicaciones durante el embarazo?.....	1	2	[] [] [] [] [] []
	Sí	No																								
la midieron y la pesaron?.....	1	2																								
le tomaron la presión arterial?.....	1	2																								
le mandaron vitaminas, hierro, ácido fólico o algún suplemento alimenticio?.....	1	2																								
la vacunaron contra el tétanos (toxoides tetánico)?.....	1	2																								
le mandaron análisis (estudios de laboratorio de sangre, de orina, etc.)?	1	2																								
le hicieron un ultrasonido?.....	1	2																								
le explicaron los síntomas que se presentan cuando hay complicaciones durante el embarazo?.....	1	2																								
9.14 ¿Quién la atendió de su último parto?	Médico.....1 Enfermera.....2 Promotora, auxiliar o asistente de salud.....3 Partera.....4 Otro personal5 Nadie.....6 No responde.....8	[] <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> PASE AL FILTRO ANTES DE LA PREGUNTA 9.19 </div>																								

9.15 ¿En dónde la atendieron de su último parto?	IMSS OPORTUNIDADES01 IMSS02 Secretaría de Salud03 SEGURO POPULAR (SSA).....04 DIF, , CRUZ ROJA, INI05 ISSSTE, ISSSTE ESTATAL06 MARINA/DEFENSA, PEMEX07 PARTICULAR08 HOSPITAL CIVIL09 INSTITUTOS NACIONALES10 Casa de la partera.....11 Casa de la entrevistada.....12 Otro lugar.....13 OTRA INSTITUCIÓN77 NO SABE99	[]																																							
9.16 ¿Usted eligió el lugar de atención?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8	[]																																							
9.17 ¿Tuvo alguna complicación al momento del parto?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8	[]																																							
9.18 ¿Su ultimo parto fue ...	natural?1 cesárea por urgencias?2 cesárea programada?3	[]																																							
<div> <div>ENTREVISTADOR: SOLO PARA HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD</div> <div>CONTINÚE</div> </div> <div> <div>HOMBRES Y MUJERES QUE TENGAN 50 AÑOS O MÁS</div> <div>PASE A 10.1</div> </div>																																									
9.19 ¿Actualmente, ¿Usted o su pareja están haciendo algo para no tener hijos?	Sí1 No.....2 No tiene pareja actualmente.....3	<div>PASE A P. 10.1</div>																																							
9.20 ¿Qué están haciendo actualmente usted o su pareja para no tener hijos?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Operación femenina o ligadura.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Operación masculina o vasectomía</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Pastillas o píldoras.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Inyecciones.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Norplant.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dispositivo, DIU.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Preservativo o condón.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Óvulos, jalea o espumas.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Retiro o coito interrumpido.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Pastilla de emergencia.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Otro.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	Operación femenina o ligadura.....	1	2	Operación masculina o vasectomía	1	2	Pastillas o píldoras.....	1	2	Inyecciones.....	1	2	Norplant.....	1	2	Dispositivo, DIU.....	1	2	Preservativo o condón.....	1	2	Óvulos, jalea o espumas.....	1	2	Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....	1	2	Retiro o coito interrumpido.....	1	2	Pastilla de emergencia.....	1	2	Otro.....	1	2	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
	Sí	No																																							
Operación femenina o ligadura.....	1	2																																							
Operación masculina o vasectomía	1	2																																							
Pastillas o píldoras.....	1	2																																							
Inyecciones.....	1	2																																							
Norplant.....	1	2																																							
Dispositivo, DIU.....	1	2																																							
Preservativo o condón.....	1	2																																							
Óvulos, jalea o espumas.....	1	2																																							
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....	1	2																																							
Retiro o coito interrumpido.....	1	2																																							
Pastilla de emergencia.....	1	2																																							
Otro.....	1	2																																							

10. PROGRAMAS PREVENTIVOS

<p>10.1 ¿Durante los últimos 12 meses acudió al módulo de medicina preventiva para ...</p> <p>Si..... 1 No..... 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI EL INFORMANTE ES HOMBRE INICIE EN EL INCISO C</p> </div>	<p>10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?</p> <p>IMSS OPORTUNIDADES..... 01 IMSS..... 02 Secretaría de Salud..... 03 SEGURO POPULAR (SSA) ... 04 DIF, CRUZ ROJA, INI 05 ISSSTE, ISSSTE ESTATAL ... 06 MARINA/DEFENSA, PEMEX .. 07 PARTICULAR..... 08 HOSPITAL CIVIL 09 INSTITUTOS NACIONALES ... 10 OTRA INSTITUCIÓN 77 NO SABE..... 88</p>	<p>10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?</p> <p>Si..... 1 No..... 2</p>	<p>10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?</p> <p>Si..... 1 No..... 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN</p> </div>
<p>EL SIGUIENTE INCISOS ES SOLO PARA MUJERES Y ADEMAS REVISE LA RESPUESTA DEL INCISO B DE LA PREGUNTA 8.2 SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO.</p>			
a) Prueba de papanicolaou []	[]	[]	[]
<p>EL SIGUIENTE INCISOS ES SOLO PARA MUJERES</p>			
b) Detección de cáncer de mama (Mastografía) []	[]	[]	[]
<p>INCISO PARA MUJERES Y HOMBRES</p>			
c) Detección de tuberculosis (análisis de flema o esputo) []	[]	[]	[]
<p>EL SIGUIENTE INCISO ES PARA HOMBRES Y MUJERES Y ADEMAS REVISE LA PREGUNTA 4.1, SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO</p>			
d) Detección de diabetes (prueba del azúcar) []	[]	[]	[]
<p>EL SIGUIENTE INCISO ES PARA HOMBRES Y MUJERES Y ADEMAS REVISE LA PREGUNTA 5.1, SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO</p>			
e) Detección de hipertensión (toma de presión arterial) []	[]	[]	[]
<p>EL SIGUIENTE INCISOS ES SOLO PARA HOMBRES Y ADEMÁS REVISE LA RESPUESTA DEL INCISO D DE LA PREGUNTA 8.2 SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE A LA PREGUNTA 10.8</p>			
f) Detección de Cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos) []	[]	[]	[]

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> SI EL INFORMANTE ES HOMBRE INICIE EN EL INCISO C </div>	10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron? Positivo..... 1 Negativo..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9	10.6 ¿Recibió tratamiento? Si..... 1 No..... 2	10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento? No hay donde atenderse..... 01 Es caro.....02 No tenía dinero..... 03 La unidad médica le queda lejos.... 04 Falta de confianza.....05 Tratan mal.....06 No tuvo tiempo..... 07 Fue pero no lo atendieron.....08 Otro.....77 No Sabe.....88 No Responde..... 99
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN </div>	
EL SIGUIENTE INCISOS ES SÓLO PARA MUJERES Y ADEMÁS REVISE LA RESPUESTA DEL INCISO B DE LA PREGUNTA 8.2 SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO.			
a) Prueba de papanicolaou	[]	[]	[][]
EL SIGUIENTE INCISOS ES SÓLO PARA MUJERES			
b) Detección de cáncer de mama (Mastografía)	[]	[]	[][]
INCISO PARA MUJERES Y HOMBRES			
c) Detección de tuberculosis (Análisis de flema o esputo)	[]	[]	[][]
EL SIGUIENTE INCISO ES PARA HOMBRES Y MUJERES Y ADEMÁS REVISE LA PREGUNTA 4.1, SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO			
d) Detección de diabetes (prueba del azúcar)	[]	[]	[][]
EL SIGUIENTE INCISO ES PARA HOMBRES Y MUJERES Y ADEMÁS REVISE LA PREGUNTA 5.1, SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO			
e) Detección de hipertensión (toma de presión arterial)	[]	[]	[][]
EL SIGUIENTE INCISOS ES SÓLO PARA HOMBRES Y ADEMÁS REVISE LA RESPUESTA DEL INCISO D DE LA PREGUNTA 8.2 SI LA RESPUESTA ES SI (CÓDIGO 1) PASE A LA PREGUNTA 10.8			
f) Detección de Cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)	[]	[]	[][]

10.8 ¿Tiene su Cartilla Nacional de Salud y/o la Cartilla de PREVENIMSS? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> SI NO LA MUESTRA O NO LA RECUERDA, PIDA AL ENTREVISTADO QUE LA IDENTIFIQUE DEL CATALOGO </div>	Sí1 No la tiene.....2 La extravió.....3 No responde.....8 No sabe.....9	Cartilla Nacional de Salud <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> PREVENIMSS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div>
--	---	--

11. ACCIDENTES

11.1 ¿Sufrió usted algún daño a su salud a causa de un accidente <i>en los últimos 12 meses</i> ?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 8 No sabe 9	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> PASE A P. 12.1 </div>
11.2 ¿Cómo fue que se accidentó? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO </div>	Choque de o entre vehículos de transporte.....01 Atropellamiento02 Otros accidentes de transporte03 Caída de un mismo nivel04 Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas06 Caída de un nivel a otro05 Exposición a fuerzas mecánicas animada07 Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión atmosférica extremas08 Exposición al fuego, humo y llamas.....09 Contacto con calor y sustancias calientes.....10 Exposición a fuerzas de la naturaleza.....11 Contacto traumático con animales y plantas venenosos.....12 Envenenamiento accidental13 Ahogamiento y sumersión accidental14 Otros accidentes que obstruyen la respiración15 Exposición accidental a otros factores16 No responde88 No sabe99	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>
11.3 ¿Qué hizo o quién lo (la) atendió cuando ocurrió el accidente?	Nada o nadie.....01 Remedios caseros, automedicación.....02 Curandero(a) o yerbero(a).....03 Huesero(a) o sobador(a).....04 Encargado(a) de la comunidad.....05 Psicólogo, terapeuta.....06 Médico, consultorio.....07 Otro personal de salud.....08 Clínica, sanatorio u hospital.....09 Otro.....77 No responde.....88	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>

12. AGRESIÓN O VIOLENCIA

12.1 ¿Sufrió usted algún daño a su salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2 No responde8	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">PASE A P. 13.1</div> </div>
12.2 ¿Qué fue lo que le pasó? <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">ANOTE OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</div>	Agresiones con sustancias.....01 Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento02 Arma de fuego.....03 Objetos cortantes04 Empujón desde lugar elevado.....05 Golpes, patadas, puñetazos.....06 Agresión sexual07 Otras agresiones o maltrato.....08 Otro77 <div style="text-align: center;">Especifique</div> No responde88	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">[] []</div> </div>
12.3 ¿Qué hiciste o quién te atendió cuando ocurrió la agresión o violencia?	Nada o nadie.....01 Remedios caseros, automedicación.....02 Curandero(a) o yerbero(a).....03 Huesero (a) o sobador(a).....04 Encargado(a) de la comunidad.....05 Psicólogo, terapeuta.....06 Médico, consultorio.....07 Otro personal de salud08 Clínica, sanatorio u hospital.....09 Otro.....77 No responde.....88	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">[] []</div> </div>

13. FACTORES DE RIESGO

13.1 ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	Sí.....1 No.....2 Nunca ha fumado.....3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">PASE A P. 13.5</div> </div>
13.2 ¿Actualmente fuma?	Sí.....1 No.....2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">[]</div> </div>
13.3 ¿Cuántos cigarrillos fuma (fumaba) y con qué frecuencia?	Diario.....1 Semanal2 Mensual3 Ocasional.....4 No responde8 No sabe9	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">Frecuencia [] [] Cantidad</div> </div>
13.4 ¿Durante cuánto tiempo ha fumado (fumó) regularmente?	Menos de un mes00 No responde.....88 No sabe99	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">Meses [] [] Años [] []</div> </div>

13.5 ¿Actualmente toma?	Nunca ha tomado0 Si1 No2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A P. 14.1 </div> []
13.6 Aproximadamente, ¿cuántas copas toma (tomaba) y con que frecuencia?	Diario..... 1 Semanal 2 Mensual 3 Ocasional..... 4 No responde..... 8 No sabe 9	[] Frecuencia [][] Cantidad
13.7 ¿Durante cuánto tiempo ha bebido (o bebió) usted esa cantidad regularmente?	Menos de un mes 00 No responde..... 88 No sabe..... 99	Meses [][] Años [][]
13.8 Considerando todo tipo de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días, tomó 5 copas o más en una ocasión?	Actualmente ya no toma98 No responde..... 88 No sabe..... 99	[][] No. de veces

14. MOVILIDAD, CUIDADO PERSONAL, ACTIVIDADES COTIDIANAS, DOLOR/MALESTAR, ANSIEDAD/DEPRESIÓN, SALUD VISUAL

Ahora le preguntare sobre su estado de salud del día de hoy

Movilidad 14.1 ¿Usted considera que <i>el día de hoy</i> ...	ha tenido algunos problemas para caminar?..... 1 tiene que estar en cama?..... 2 no tiene problemas para caminar?..... 3 No aplica..... 4 No responde..... 8	[]
Cuidado Personal 14.2 ¿Usted diría que <i>el día de hoy</i> ...	no tuvo problemas para lavarse o vestirse? 1 2 tuvo algunos problemas para lavarse o vestirse?..... 3 no pudo lavarse o vestirse?..... 8 No responde.....	[]
Actividades Cotidianas Una actividad cotidiana puede ser: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas actividades familiares o recreativas 14.3 ¿Usted diría que <i>el día de hoy</i> ...	no tuvo problemas para realizar sus actividades cotidianas? 1 tuvo algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas? 2 no pudo realizar sus actividades cotidianas? 3 No responde..... 8	[]
Dolor/Malestar 14.4 ¿ <i>El día de hoy</i> a sentido ...	algún dolor o malestar moderado? 1 2 mucho dolor o malestar?..... 3 No tiene ningún dolor ni malestar 8 No responde.....	[]
Ansiedad/Depresión 14.5 ¿ <i>El día de hoy</i> se a sentido ...	moderadamente ansioso o deprimido? 1 muy ansioso o deprimido? 2 No esta ansioso ni deprimido 3 No responde..... 8	[]

14.6 ¿Cuándo fue la última vez que sus ojos fueron examinados por un médico profesional?	Dentro de los últimos 12 meses 1 De 1 a 2 años 2 De 3 a 4 años 3 Hace 5 años 4 Hace más de 5 años 5 Nunca 6 No sabe 9	[]
14.7 ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	Si 1 No 2 No responde 8	[] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A P. 14.12</div>
14.8 Con los anteojos o lentes de contactos puestos, ¿qué tanta dificultad ha tenido para ver y reconocer del otro lado de la calle a una persona conocida suya (por ejemplo a 20 metros de distancia)?	Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Severa 4 Extrema/ no puede hacerlo 5	[]
14.9 Con los anteojos o lentes de contactos puestos, ¿qué tanta dificultad ha tenido para ver y reconocer un objeto a un brazo de distancia o para leer?	Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Severa 4 Extrema/ no puede hacerlo 5	[]
14.10 Sin los anteojos o lentes de contacto puestos, ¿qué tanta dificultad ha tenido para ver y reconocer del otro lado de la calle a una persona conocida suya (por ejemplo a 20 metros de distancia)?	Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Severa 4 Extrema/ no puede hacerlo 5	[]
14.11 Sin los anteojos o lentes de contacto puestos, ¿qué tanta dificultad ha tenido para ver y reconocer un objeto a un brazo de distancia o para leer?	Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Severa 4 Extrema/ no puede hacerlo 5	[] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A P. 15.1</div>
14.12 ¿Qué tanta dificultad ha tenido para ver y reconocer del otro lado de la calle a una persona conocida suya (por ejemplo a 20 metros de distancia)?	Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Severa 4 Extrema/ no puede hacerlo 5	[]
14.13 ¿Qué tanta dificultad ha tenido para ver y reconocer un objeto a un brazo de distancia o para leer?	Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Severa 4 Extrema/ no puede hacerlo 5	[]

15. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA PERSONAS DE 60 AÑOS O MÁS

A continuación le realizaré algunas preguntas sobre su salud.

Continuación de formulario algunas preguntas sobre su salud:																																																														
15.1 ¿Diría usted que su salud es...	muy buena? 1 buena? 2 regular? 3 mala? 4 muy mala? 5 No sabe 9	[]																																																												
LEA TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA.																																																														
15.2 Comparando su <u>salud actual con los últimos 12 meses</u> , ¿diría usted que su salud ahora está...	mucho mejor? 1 algo mejor? 2 más o menos igual? 3 algo peor? 4 mucho peor? 5 No sabe 9	[]																																																												
LEA TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA.																																																														
15.3 Durante los últimos 2 años, ¿ <u>ha tenido frecuentemente problemas o molestias como ...</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dificultad para dormir?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>dificultad en respirar cuando está acostado(a)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>fatiga severa o agotamiento?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>jadeo, tos seca o con flemas cuando camina o después de caminar? ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>dolor o molestia al sentarse?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>dificultad para morder masticar o deglutir?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>pérdida involuntaria de orina?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>dolor, ardor o quemazón al orinar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>sangrado al orinar o ir al baño? ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>dificultad para escuchar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>dificultad para ver, leer o realizar cualquier actividad a causa de su vista?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	responde	dificultad para dormir?	1	2	8	dificultad en respirar cuando está acostado(a)?	1	2	8	fatiga severa o agotamiento?	1	2	8	jadeo, tos seca o con flemas cuando camina o después de caminar? ...	1	2	8	dolor o molestia al sentarse?	1	2	8	dificultad para morder masticar o deglutir?	1	2	8	pérdida involuntaria de orina?	1	2	8	dolor, ardor o quemazón al orinar?	1	2	8	sangrado al orinar o ir al baño? ...	1	2	8	dificultad para escuchar?	1	2	8	dificultad para ver, leer o realizar cualquier actividad a causa de su vista?	1	2	8	<table border="1"> <tbody> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>[]</td></tr> </tbody> </table>		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Sí	No	responde																																																											
dificultad para dormir?	1	2	8																																																											
dificultad en respirar cuando está acostado(a)?	1	2	8																																																											
fatiga severa o agotamiento?	1	2	8																																																											
jadeo, tos seca o con flemas cuando camina o después de caminar? ...	1	2	8																																																											
dolor o molestia al sentarse?	1	2	8																																																											
dificultad para morder masticar o deglutir?	1	2	8																																																											
pérdida involuntaria de orina?	1	2	8																																																											
dolor, ardor o quemazón al orinar?	1	2	8																																																											
sangrado al orinar o ir al baño? ...	1	2	8																																																											
dificultad para escuchar?	1	2	8																																																											
dificultad para ver, leer o realizar cualquier actividad a causa de su vista?	1	2	8																																																											
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
[]																																																														
LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE CADA RESPUESTA.																																																														
Vacunación	Sí 1 No 2 No responde 8 No sabe 9	[]																																																												
15.4 Durante el último año le han puesto la vacuna contra la gripe (INFLUENZA)?																																																														