

SECRETARÍA DE SALUD
Encuesta Nacional de Salud 2000

Cuestionario de Adultos de 20 o más Años de Edad

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____ / ____ / ____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ / ____ / ____

CLAVE DE AGEB _____ / ____ / ____ - ____

LOCALIDAD _____ / ____ / ____ / ____

MANZANA _____ / ____ / ____ / ____

CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE CONTROL / ____ / ____ / ____ / ____

FOLIO DE VIVIENDA / ____ / ____ / ____

HOGAR / ____ / DE ____ / ____

CUESTIONARIO / ____ / DE ____ / ____

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA (NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA)

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

NÚMERO EXTERIOR _____ NÚMERO INTERIOR _____ (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE LA VISITA	1a.	2a.	ÚLTIMA VISITA / ____ / ____
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____
HORA DE INICIO	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____
HORA DE TÉRMINO	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____
FECHA (dd mm aaaa)	_____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
RESULTADO (*)	_____ / ____	_____ / ____	_____ / ____

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | | |
|-------------------------|--|---------------------------------------|
| 1 ENTREVISTA COMPLETA | 4 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 7 VIVIENDA DESHABITADA |
| 2 ENTREVISTA INCOMPLETA | 5 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 8 VIVIENDA DE USO TEMPORAL |
| 3 INFORMANTE INADECUADO | 6 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | 9 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

NÚM. DE REGISTRO DEL ADULTO SELECCIONADO ____ / ____ / ____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

SEXO _____ / ____	EDAD _____ / ____ / ____ / ____
HOMBRE..... 1	AÑOS MESES
MUJER..... 2	

ESTADO CONYUGAL
(TRANSCRIBA CLAVE) ____ / ____ / ____

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 2.2.

Accidentes de transporte terrestre: atropellamiento, choque, o caída por automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo	01
Otros accidentes de transporte: accidentes de transporte acuático, Aéreo, teleférico	02
Caída: a nivel del piso, desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación,	03
Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas: golpe, aplastamiento o contacto traumático con objetos, maquinaria o equipos de elevación, herramientas, vidrios u otros objetos cortantes, disparos, y explosiones accidentales	04
Exposición a fuerzas mecánicas animadas: contacto con otras personas, animales o plantas no venenosos	05
Ahogamiento y sumersión accidentales: en bañeras, piscinas, aguas naturales	06
Otros accidentes que obstruyen la respiración: sofocación o estrangulamiento accidental, sofocación por hundimiento, inhalación de contenido gástrico, alimentos u objetos, encierro en lugar herméticamente cerrado, sofocación por bolsa plástica	07
Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas: choque eléctrico, exposición a rayos X, rayos UV, láser, calor o frío excesivo artificial, presión atmosférica alta o baja	08
Exposición al fuego, humo y llamas: en incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas	09
Contacto con calor y sustancias calientes: bebidas, alimentos, agua, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes	10
Contacto traumático con animales y plantas venenosos: serpientes, arañas, avispas, abejas, ciempiés, medusas	11
Exposición a fuerzas de la naturaleza: calor frío natural, radiación solar, rayos, terremoto, avalancha, ciclón, inundación	12
Envenenamiento accidental: medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos	13
Exposición accidental a otros factores: exceso de esfuerzo físico, privación de alimentos y agua, y exposición a otros factores	77

SECCIÓN 1. FACTORES DE RIESGO

1.1 ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	Sí..... 1 No..... 2 Nunca ha fumado..... 0	PASE A 1.7
1.2 ¿A qué edad empezó a fumar cigarrillos de tabaco?	No sabe..... 88 No responde..... 99	años cumplidos
1.3 ¿Actualmente fuma?	Sí..... 1 No..... 2	
1.4 ¿Con qué frecuencia fuma (fumaba)?	Diario..... 1 Ocasionalmente..... 2	
1.5 Los días que fuma (fumaba) ¿Cuántos cigarrillos consume (consumía)?	No sabe..... 88	Núm. de cigarrillos
1.6 ¿Durante cuánto tiempo ha fumado (fumó) regularmente?	Menos de un mes 0 0 No sabe..... 8 8	meses años
1.7 ¿A qué edad comenzó a tomar bebidas que contienen alcohol como cerveza, vino, brandy, ron, vodka, tequila, mezcal, pulque, aguardiente o bebidas preparadas con ellos?	Nunca ha tomado..... 00	anote años PASE A 1.13
1.8 ¿Actualmente toma?	Sí..... 1 No..... 2	
1.9 ¿Con qué frecuencia toma (o tomaba)?	Diario..... 1 Ocasionalmente..... 2	
1.10 Los días que toma (o tomaba) ¿cuántas copa toma (o tomaba)?	No sabe..... 8 8	Núm. de copas
1.11 ¿Durante cuánto tiempo ha bebido (o bebió) usted esa cantidad regularmente?	Menos de un mes 0 0 No sabe..... 8 8	meses años

1.12 En el último mes ¿con qué frecuencia tomó lo suficiente como para sentirse borracho o embriagado?	Nunca en el último mes Una vez en el mes 2 o 3 veces en el último mes 1 o más veces a la semana No sabe No responde	1 2 3 4 8 9	/ /																																							
1.13 ¿Me podría decir si ha tomado, usado o probado por indicación médica o por alguna otra razón?	<table><thead><tr><th></th><th>SÍ</th><th>NO</th><th>NO RESPONDE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Opiáceos</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Tranquilizantes para los nervios</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Sedantes o barbitúricos para dormir</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Mariguana</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Cocaína</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Heroína</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Inhalables como thinner, pegamento, pintura, gasolina</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></tbody></table>		SÍ	NO	NO RESPONDE	Opiáceos	1	2	9	Tranquilizantes para los nervios	1	2	9	Sedantes o barbitúricos para dormir	1	2	9	Anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía	1	2	9	Mariguana	1	2	9	Cocaína	1	2	9	Heroína	1	2	9	Alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD	1	2	9	Inhalables como thinner, pegamento, pintura, gasolina	1	2	9	/ / / / / / / / / / / / / / / / / /
	SÍ	NO	NO RESPONDE																																							
Opiáceos	1	2	9																																							
Tranquilizantes para los nervios	1	2	9																																							
Sedantes o barbitúricos para dormir	1	2	9																																							
Anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía	1	2	9																																							
Mariguana	1	2	9																																							
Cocaína	1	2	9																																							
Heroína	1	2	9																																							
Alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD	1	2	9																																							
Inhalables como thinner, pegamento, pintura, gasolina	1	2	9																																							

SECCIÓN 2. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

2.1 ¿Ha sufrido algún daño a su salud debido a un accidente <u>en los últimos 12 meses?</u>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 9	PASE A 2.4
2.2 ¿Cómo fue que se accidentó? REVISE LA LISTA DE EJEMPLOS DE LA PÁGINA DOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO	Accidentes de transporte terrestre..... 01 Otros accidentes de transporte..... 02 Caída..... 03 Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas..... 04 Exposición a fuerzas mecánicas animadas..... 05 Ahogamiento y sumersión accidentales..... 06 Otros accidentes que obstruyen la respiración..... 07 Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura..... 08 Exposición al fuego, humo y llamas..... 09 Contacto con calor y sustancias calientes..... 10 Contacto traumático con animales y plantas venenosos..... 11 Exposición a fuerzas de la naturaleza..... 12 Envenenamiento accidental..... 13 Exposición accidental a otros factores..... 77 No sabe..... 88 No responde..... 99	____/____/____

2.3 ¿En que lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?	Hogar 01 Escuela 02 Trabajo 03 Vía pública 04 Campo 05 Lugar de recreo o deportivo 06 Establecimiento comercial o de servicios 07 Otro 77 No responde 99	____/____/____
2.4 En los últimos 12 meses ¿Sufrió algún daño a su salud por robo, agresión o violencia?	Sí 1 No 2 No responde 9	____/____
SI CONTESTÓ SÍ EN 2.1 Y SÍ EN 2.4, CONTINÚE. SI CONTESTÓ NO EN 2.1 Y NO O NO RESPONDE EN 2.4, PASE A 3.1. SI CONTESTÓ SÍ EN 2.1 Y NO O NO RESPONDE EN 2.4, PASE A 2.9. SI CONTESTÓ NO EN 2.1 Y SÍ EN 2.4, CONTINÚE.		
2.5 ¿Cuál fue el motivo de la agresión que sufrió?	Robo, asalto 01 Incidente de tránsito 02 Agresión sin motivo aparente 03 Secuestro 04 Detención 05 Discusión/altercado 06 Agresión sexual 07 Otro 77 No responde 99	____/____/____
2.6 ¿Cómo o con qué lo agredieron?	Agresión con sustancias 01 Intento de ahorcamiento o estrangulación 02 Intento de sofocación o sumersión 03 Ataque con arma de fuego y explosivos 04 Ataque con humo, fuego y llamas 05 Ataque con vapor de agua y objeto caliente 06 Ataque con arma punzocortante 07 Ataque con objeto romo (golpe con objeto sin filo) 08 Empujón desde lugar elevado 09 Empujón delante de objeto en movimiento 10 Colisión con vehículo de motor 11 Lucha o pelea sin armas 12 Ataque sexual 13 Agresión psicológica 14 Otro 77 No responde 99	____/____/____

2.7 ¿En que lugar se encontraba cuando sufrió la agresión?	Hogar 01 Escuela 02 Trabajo 03 Vía pública 04 Campo 05 Lugar de recreo o deportivo 06 Establecimiento comercial o servicios 07 Otro 77 No responde 99	____/____/____
EN CASO DE ACCIDENTE Y VIOLENCIA, HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA AL ENTREVISTADO Y REFIRÁSE DE LA 2.9 A 2.20 A ESE EVENTO. SI SÓLO TUVO UNO DE ELLOS, CONTINÚE EN 2.9.		
2.8 Entre el accidente y la violencia que sufrió ¿Cuál le causó más problemas de salud?	Accidente 1 Violencia 2	____/____
2.9 ¿Qué tipo de daño tuvo? ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE	Moretón 01 Raspón superficial 02 Golpe 03 Hueso roto 04 Hueso o articulación zafado (a) 05 Torcedura de articulación 06 Cortadura o perforación de la piel o tejido subyacente 07 Raspón o rapadura profunda 08 Amputación 09 Quemadura desde enrojecimiento hasta carbonización 10 Intoxicación por sustancia (medicamento, ponzoñas o sustancias químicas) 11 Daño psicológico 12 Otro 77 No sabe 88 No responde 99	____/____/____ Pase a 2.11

2.10 ¿Qué parte(s) del cuerpo se lastimó? PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES, MÁS DE ÉSTAS ANOTE EL CÓDIGO "16"	Cabeza/cara 01 Cuello 02 Tórax 03 Abdomen 04 Pelvis 05 Glúteos 06 Genitales 07 Columna vertebral 08 Hombro 09 Brazo(s) 10 Antebrazo (s) 11 Mano (s) 12 Muslo (s) 13 Pierna (s) 14 Pie (s) 15 Todo el cuerpo 16 Otro 77 No sabe 88 No responde 99	
2.11 ¿Cuándo le ocurrió el accidente o violencia?	Últimas 2 semanas 1 De 3 semanas a 2 meses 2 De 3 a 6 meses 3 De 7 a 12 meses 4 No responde 9	
2.12 ¿Cuántos días dejó de estudiar, trabajar o hacer sus actividades de la vida diaria por este problema?	Ningún día 000 No responde 999	Anote días
2.13 ¿Actualmente tiene problemas de salud ocasionados por este accidente o violencia?	Sí 1 No 2 No responde 9	PASE A 2.15
2.14 ¿Qué tipo de problema de salud le ocasionó este accidente o violencia?	Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda) ... 1 Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos 2 Sordera o dificultad para oír 3 Pérdida de la función vocal (mudo) 4 Dificultad para ver o ceguera 5 Retraso o deficiencia mental 6 Tiene otra limitación física o mental 7 Especifique No sabe 8 No responde 9	

2.15 ¿Qué hizo o quién lo atendió?	Nada o nadie 01 Remedios caseros, automedicación 02 Curandero(a) o yerbero(a) 03 Huesero(a) o sobador(a) 04 Encargado(a) comunidad 05 Psicólogo, terapeuta 06 Médico, consultorio 07 Clínica, sanatorio u hospital 08 Otro 77 No responde 99	I _ / _ / PASE A 2.17
2.16 ¿Por qué no solicitó atención médica por lo que le pasó?	No fue necesario 01 Es caro 02 Está muy lejos 03 Falta de confianza 04 Tratan mal 05 Falta de tiempo 06 No hay clínica/hospital 07 Otro 77 No responde 99	I _ / _ /
2.17 ¿Cuando sufrió el accidente o violencia, estaba bajo los efectos de...	alcohol? 1 drogas? 2 otro? Especifique No estaba bajo efectos 0 No responde 9	I _ /
SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE O VIOLENCIA INFRINGIDO POR TERCERA PERSONA; SI NO ES ASÍ, PASE A 3.1.		
2.18 ¿La persona que lo lastimó estaba bajo los efectos de...	alcohol? 1 drogas? 2 otro? Especifique No estaba bajo efectos 0 No sabe 8 No responde 9	I _ /
2.19 ¿Conocía a la persona que lo lastimó?	Sí 1 No 2 Inseguro 3 No responde 9	I _ / PASE A 3.1
2.20 ¿Quién fue la persona que lo lastimó?	Pareja 1 Familiar 2 Amigo 3 Vecino u otro conocido 4 No responde 9	I _ /

SECCIÓN 3. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

3.1 ¿Tienen (o tenían) sus padres algún parentesco entre sí?		Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No responde..... 9								
De los siguientes familiares a, su algún médico le ha dicho que tiene o tuvo										
		Familiar			Enfermedad					
FAMILIAR (ES)		3.2 ...diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?			3.3 ...la presión alta?		3.4 ...problemas del corazón?			
		Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe
a) Padre.....		1	2	8	1	2	8	1	2	8
b) Madre.....		1	2	8	1	2	8	1	2	8
c) Hermano (a) gemelo (a)..... ¿cuántos?				22 88			22 88			22 88
d) Hermanos (as)..... ¿cuántos?				22 88			22 88			22 88
e) Abuelos (as)..... ¿cuántos?				22 88			22 88			22 88
f) Tíos (as)..... ¿cuántos?				22 88			22 88			22 88
g) Hijos (as)..... ¿cuántos?				22 88			22 88			22 88

SECCION 4. SALUD REPRODUCTIVA

AHORA LE VOY HACER PREGUNTAS SOBRE MÉTODOS PARA NO TENER HIJOS (EMBARAZOS, MENSTRUACIÓN) Y ALGUNAS SOBRE CIERTAS ENFERMEDADES QUE PUDO HABER PRESENTADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

4.1 ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?	No ha tenido relaciones sexuales . 00 No responde 99 No sabe o no recuerda 88	/ / / anote años MUJERES 4.18 HOMBRES 5.1
SÓLO PARA MUJERES (HOMBRES, PASE A 4.13)		
4.2 ¿Ha estado usted embarazada alguna vez? NO CONSIDERE EMBARAZO ACTUAL, CUANDO ESTE SEA EL PRIMERO	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	/ / / PASE A 4.11
4.3 ¿De estos embarazos cuántos han: ANOTE EMBARAZOS SEGÚN PRODUCTO	nacido vivos, aunque hayan muerto poco tiempo después? nacido muertos?	número / / / / / /
4.4 ¿Cuántas pérdidas o abortos ha tenido?	No responde 99	/ / / número
SÓLO PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS 4.3; SI NO, PASE A 4.11		
4.5 ¿En qué mes y año nació su último(a) hijo(a) nacido vivo?	No recuerda 88 8888	/ / / mes / / / / / año
SÓLO PARA MUJERES CUYO ÚLTIMO HIJO NACIÓ VIVO DE 1994 A LA FECHA; SI NO, PASE A 4.11.		
4.6 Cuando estuvo embarazada de su último hijo ¿Quién y cuántas veces la revisó por el embarazo? ANOTE HASTA DOS OPCIONES	Médico 1 Enfermera 2 Promotora, auxiliar o asistente de salud 3 Partera 4 Otro personal 7 Nadie 0 No responde 9	Persona veces / / / / / / / / / / PASE A 4.8

4.7 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?	No recuerda 88	/ / / meses
4.8 ¿Quién la atendió de su último parto?	Médico 1 Enfermera 2 Promotora, auxiliar o asistente de salud 3 Partera 4 Pariente o familiar 5 Otro personal 7 Nadie 0 No responde 9	/ / PASE A 4.11
4.9 ¿En dónde la atendieron de su último parto?	Seguro Social (clínica u hospital) 01 ISSSTE (clínica u hospital) 02 SSA (centro de salud u hospital) 03 IMSS Sol. (clínica u hospital) 04 Otra institución de salud del gobierno .. 05 Consultorio, clínica u hospital privado .. 06 Casa de la partera 07 Casa de la entrevistada 08 Otro lugar 77	/ / /
4.10 Su último parto fue...	normal? 1 cesárea? 2	/ /
SI LA MUJER QUE ESTA ENTREVISTANDO ES MAYOR DE 49 AÑOS, PASE A 4.18		
4.11 ¿Está usted embarazada actualmente?	Sí 1 No 2 No sabe 8	/ /
SI CONTESTÓ SÍ EN 4.2 O EN 4.11, PASE A 4.13		
4.12 ¿Cuál es la razón por la que no se ha embarazado?	No desea embarazarse 1 Le han diagnosticado esterilidad 2 Le han diagnosticado esterilidad a su esposo 3 Otra 4 No sabe 8 No responde 9	/ / PASE A 4.18

PARA HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD; SI NO ES ASÍ, HOMBRES PASE A 4.22 Y MUJERES A 4.18			
4.13 Actualmente ¿usted o su pareja están haciendo algo para no tener hijos?	SÍ 1 No 2 No tiene pareja 3 No responde 9	1 2 3 9	/ / / PASE A 4.15 HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18
4.14 ¿Están usted o su pareja operados para ya no tener hijos?	Sí ¿Quién? Ella (o él) 1 Su pareja 2 No 3 No responde 4	1 2 3 4	/ / / PASE A 4.16 PASE A 4.17 HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18
4.15 ¿Qué están actualmente haciendo usted o su pareja para no tener hijos? PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Operación femenina o ligadura 01 Operación masculina o vasectomía 02 Pastillas o píldoras 03 Inyecciones 04 Norplant 05 Dispositivo, DIU 06 Preservativo o condón 07 Óvulos, jaleas o espumas 08 Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings 09 Retiro o coito interrumpido 10 Otro 77 No responde 99	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 77 99	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18
REVISE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR Y REALICE LA PREGUNTA 4.16 SÓLO PARA EL MÉTODO QUE TENGA EL CÓDIGO MENOR			
4.16 ¿Dónde consiguió (le pusieron o la operaron) _____ método	Seguro Social (clínica u hospital) 01 ISSSTE (clínica u hospital) 02 SSA (centro de salud u hospital) 03 IMSS Sol. (clínica u hospital) 04 DIF 05 Otra institución de salud del gobierno 06 MEXFAM 07 FEMAP 08 Consultorio, clínica u hospital privado 09 Farmacia 10 Tienda de autoservicio 11 Otro lugar 77 No sabe 88	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 77 88	/ / / HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18

4.17 ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no están haciendo algo para no tener hijos?	Está embarazada 01 Quiere embarazarse 02 No lo necesita. Es soltera, separada, viuda o divorciada 03 Por esterilidad de ella o su pareja .. 04 Por ausencia temporal de su pareja 05 Porque dejó de tener relaciones sexuales 06 Teme a los efectos colaterales 07 Tuvo efectos colaterales 08 Se opone su pareja 09 Tiene alguna enfermedad y prefiere no usar nada 10 Está dando el pecho y no considera necesario usar método 11 Y cree que puede haber problemas de salud 12 Por razones religiosas 13 No ésta de acuerdo en usar métodos 14 No conoce métodos 15 No sabe cómo se usan los métodos 16 Otra razón 77 No sabe 88 No responde 99	____/____/____ HOMBRES A 4.22
4.18 ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?	No ha comenzado 00 No sabe 88 No responde 99	PASE A 4.22 ____/____/____ anote edad
4.19 ¿Cuándo fue su última regla o menstruación?	Menos de un mes 96 Actualmente está reglando 97 No sabe 88	____/____/____ mes ____/____/____/____/____ año
FILTRO	ÚLTIMA MENSTRUACIÓN HACE MENOS DE 3 MESES, PASE A PREGUNTA 4.22	

4.20 ¿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 88 No responde 99	____/____/____ PASE A 4.22
4.21 ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de reglar?	No sabe 88 No responde 99	____/____/____ años
SÓLO PARA QUIENES EN 4.1 REFIRIERON HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES		
4.22 En los últimos 12 meses ha tenido alguna de las siguientes enfermedades	verrugas genitales? 1 gonorrea? 2 sífilis? 3 otras enfermedades de transmisión sexual 7 Especifique Ninguna 0 No sabe 8 No responde 9	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ PASE A 5.1
4.23 ¿Qué hizo cuando se enfermó de (mencione la última enfermedad señalada en pregunta anterior)?	¿Lo consultó con amigos(a) 01 ¿Usó remedios caseros? 02 ¿Usó medicamentos que tenía en casa o que anunciaban por televisión? 03 ¿Consultó a curanderos (a) o médico tradicional? 04 ¿Fue a la clínica/centro de salud o con promotor (a) o asistente de salud? 05 ¿Consultó un médico privado? ... 06 ¿Consultó al farmacéutico? 07 ¿Otro? 08 No hizo nada 00 No responde 99	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

SECCIÓN 5. DIABETES MELLITUS

5.1 ¿Actualmente tiene alguna de estas molestias...	Sí No mucha sed? 1 2 orina mucho? 1 2 mucha hambre? 1 2 pérdida de peso? 1 2 visión borrosa? 1 2	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN		
5.2 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre?	Sí 1 No 2	____/____/____ PASE A 6.1
5.3 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre?	Menos de un mes 00 No sabe 88	meses ____/____/____ años ____/____/____
5.4 ¿Cómo diagnosticó el médico que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre?	Un examen de sangre 1 Un examen de orina 2 Por los síntomas que presentaba (molestias) 3 Otras 7	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN		
5.5 ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar su azúcar en la sangre?	Sí 1 No 2	____/____/____ PASE A 5.10
5.6 ¿En dónde se atiende para controlar su diabetes?	IMSS Solidaridad 01 IMSS 02 SSA 03 DIF 04 DDF 05 INI 06 ISSSTE estatal 07 ISSSTE 08 Marina/Defensa 09 PEMEX 10 Particular 11 Cruz Roja 12 SEP 13 ONG 14 Otro 77 No sabe 88 No responde 99	____/____/____

5.7 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar?	Ninguno 0 Pastillas 1 Insulina 2	PASE A 5.10
5.8 ¿Me puede mostrar el medicamento que está tomando?	Lo mostró 1 No lo mostró 2	
5.9 ¿Cuánto tiempo tiene con este tratamiento?	Menos de un mes 00 No sabe 88	meses / años /
5.10 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar? PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Ninguno 0 Plan de alimentación 1 Realiza algún ejercicio físico 2 Homeopatía (chochos) 3 Herbolaria 4 Hemoterapia 5 Otros 7	
5.11 ¿Qué exámenes <u>se hace</u> o le ordena su médico para vigilar su azúcar? PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Ninguno 0 Tiras reactivas en orina 1 Tiras reactivas en sangre 2 Examen general de orina 3 Determinación de glucosa en sangre venosa 4 Control de fructosamina 5 Determinación de hemoglobina glucosilada 6 Otro 7	 PASE A 6.1
5.12 ¿Con qué frecuencia se realiza los exámenes para conocer el valor de su azúcar?	Días..... Meses..... Años..... No sabe 88	

SECCIÓN 6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

6.1 ¿Actualmente tiene alguna de estas molestias...	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>dolor de cabeza?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>mareos?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>zumbido en los oídos?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>ha visto destellos de luz sin ninguna molestia?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>sangrado de la nariz sin ningún motivo?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr></table>		Sí	No		dolor de cabeza?	1	2	/ /	mareos?	1	2	/ /	zumbido en los oídos?	1	2	/ /	ha visto destellos de luz sin ninguna molestia?	1	2	/ /	sangrado de la nariz sin ningún motivo?	1	2	/ /												
	Sí	No																																			
dolor de cabeza?	1	2	/ /																																		
mareos?	1	2	/ /																																		
zumbido en los oídos?	1	2	/ /																																		
ha visto destellos de luz sin ninguna molestia?	1	2	/ /																																		
sangrado de la nariz sin ningún motivo?	1	2	/ /																																		
6.2 ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td>/ /</td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td>PASE A 7.1</td></tr></table>	Sí	1	/ /	No	2	PASE A 7.1																														
Sí	1	/ /																																			
No	2	PASE A 7.1																																			
6.3 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td>/ /</td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td>PASE A 7.1</td></tr></table>	Sí	1	/ /	No	2	PASE A 7.1																														
Sí	1	/ /																																			
No	2	PASE A 7.1																																			
6. 4 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?	<table><tr><td>Menos de un mes</td><td>00</td><td>meses / /</td></tr><tr><td>No sabe</td><td>88</td><td>años/ / /</td></tr></table>	Menos de un mes	00	meses / /	No sabe	88	años/ / /																														
Menos de un mes	00	meses / /																																			
No sabe	88	años/ / /																																			
6.5 ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar su presión alta?	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td>/ /</td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td>PASE A 6.10</td></tr></table>	Sí	1	/ /	No	2	PASE A 6.10																														
Sí	1	/ /																																			
No	2	PASE A 6.10																																			
6.6 ¿En dónde se atiende para controlar su presión alta?	<table><tr><td>IMSS Solidaridad</td><td>01</td><td rowspan="15">/ / /</td></tr><tr><td>IMSS</td><td>02</td></tr><tr><td>SSA</td><td>03</td></tr><tr><td>DIF</td><td>04</td></tr><tr><td>DDF</td><td>05</td></tr><tr><td>INI</td><td>06</td></tr><tr><td>ISSSTE estatal</td><td>07</td></tr><tr><td>ISSSTE</td><td>08</td></tr><tr><td>Marina/Defensa</td><td>09</td></tr><tr><td>PEMEX</td><td>10</td></tr><tr><td>Particular</td><td>11</td></tr><tr><td>Cruz Roja</td><td>12</td></tr><tr><td>SEP</td><td>13</td></tr><tr><td>ONG</td><td>14</td></tr><tr><td>Otro</td><td>77</td></tr><tr><td>No sabe</td><td>88</td></tr><tr><td>No responde</td><td>99</td></tr></table>	IMSS Solidaridad	01	/ / /	IMSS	02	SSA	03	DIF	04	DDF	05	INI	06	ISSSTE estatal	07	ISSSTE	08	Marina/Defensa	09	PEMEX	10	Particular	11	Cruz Roja	12	SEP	13	ONG	14	Otro	77	No sabe	88	No responde	99	
IMSS Solidaridad	01	/ / /																																			
IMSS	02																																				
SSA	03																																				
DIF	04																																				
DDF	05																																				
INI	06																																				
ISSSTE estatal	07																																				
ISSSTE	08																																				
Marina/Defensa	09																																				
PEMEX	10																																				
Particular	11																																				
Cruz Roja	12																																				
SEP	13																																				
ONG	14																																				
Otro	77																																				
No sabe	88																																				
No responde	99																																				

6.7 ¿Actualmente toma algún medicamento para controlar su presión alta?	Sí 1 No 2	/___/ PASE A 6.10
6.8 ¿Me puede mostrar el medicamento que esta tomando?	Lo mostró 1 No lo mostró 2	/___/
6.9 ¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?	Menos de un mes 00 No sabe 88	meses /___/___/ años /___/___/
6.10 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su presión alta? PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Ninguno 0 Plan de alimentación 1 Realiza algún ejercicio físico 2 Homeopatía (chochos) 3 Herbolaria 4 Disminución en el consumo de sal 5 Otros 7	/___/ PASE A 7.1 /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/
6.11 ¿Cada cuándo se toma la presión arterial?	Días..... Meses..... Años..... No se la toman 00 No sabe 88	/___/ /___/ /___/ /___/ PASE A 7.1 /___/
6.12 ¿Qué persona le toma la presión arterial fuera del consultorio?	Médico 1 Enfermera 2 Usted mismo 3 Auxiliar no personal de salud 4 Siempre se la toman en el consultorio 5	/___/

SECCIÓN 7. ENFERMEDAD RENAL Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

7.1 En las últimas dos semanas ¿ha presentado alguna de las siguientes molestias...	Sí No se le han hinchado los pies, manos o cara? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ ha expulsado piedras en la orina? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ orina muy a menudo (poliuria)? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ su orina es muy escasa (oliguria)? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ tiene retención de orina? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ ardor o dolor al orinar? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ pujo al orinar? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ dolor en el riñón? 1 2 /_/
7.2 ¿Algún médico le ha dicho que padece alguna de las siguientes enfermedades...	Sí No infección de vías urinarias? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ cálculos renales? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ insuficiencia renal? 1 2 /_/
	1 2 /_/_ alguna enfermedad de la próstata (sólo hombres)? 1 2 /_/_ PASE A 7.4
SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR CORRESPONDE EL CÓDIGO 1, CONTINÚE; SI NO ES ASÍ, PASE A 7.4	
7.3 ¿Actualmente que tratamiento tiene para su enfermedad renal?	Ninguno 0 /_/_ Dieta sin sal 1 /_/_
	Medicamentos 2 /_/_ Diálisis 3 /_/_
	Homeopático 4 /_/_ Acupuntura 5 /_/_
	Naturista 6 /_/_ Otro 7 /_/_
7.4 ¿En las últimas dos semanas ha tenido inflamación o dolor en alguna de las siguientes articulaciones o coyunturas...	Sí No del dedo gordo del pie? 1 2 /_/_
	1 2 /_/_ del pie o talón? 1 2 /_/_
	1 2 /_/_ de las rodillas? 1 2 /_/_
	1 2 /_/_ de los codos? 1 2 /_/_
	1 2 /_/_ de los hombros? 1 2 /_/_
	1 2 /_/_ de las manos o muñecas? 1 2 /_/_
	1 2 /_/_ de la cadera? 1 2 /_/_

7.5 ¿Algún médico le ha dicho que padece (o padeció) alguna de las siguientes enfermedades reumáticas...	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>gota (ácido úrico alto)?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>artritis por gota?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>artritis reumatoide?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>otras artritis?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>otra enfermedad causante de inflamación o dolor?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr></table>		Sí	No		gota (ácido úrico alto)?	1	2	/ /	artritis por gota?	1	2	/ /	artritis reumatoide?	1	2	/ /	otras artritis?	1	2	/ /	otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	/ /
	Sí	No																							
gota (ácido úrico alto)?	1	2	/ /																						
artritis por gota?	1	2	/ /																						
artritis reumatoide?	1	2	/ /																						
otras artritis?	1	2	/ /																						
otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	/ /																						
SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR CORRESPONDE EL CÓDIGO 1, CONTINÚE; SI NO, PASE A 7.7																									
7.6 ¿Ha tomado algún medicamento para controlar su... VEA RESPUESTAS DE PREGUNTA ANTERIOR	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>gota (ácido úrico alto)?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>artritis por gota?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>artritis reumatoide?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>otras artritis?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr><tr><td>otra enfermedad causante de inflamación o dolor?</td><td>1</td><td>2</td><td>/ /</td></tr></table>		Sí	No		gota (ácido úrico alto)?	1	2	/ /	artritis por gota?	1	2	/ /	artritis reumatoide?	1	2	/ /	otras artritis?	1	2	/ /	otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	/ /
	Sí	No																							
gota (ácido úrico alto)?	1	2	/ /																						
artritis por gota?	1	2	/ /																						
artritis reumatoide?	1	2	/ /																						
otras artritis?	1	2	/ /																						
otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	/ /																						
7.7 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?	<table><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		/ /																	
Sí	1																								
No	2																								
7.8 ¿En general considera que su estado de salud en el último año ha sido.....	<table><tr><td>bueno?</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>regular?</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>malo?</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>No sabe</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td></td></tr></table>	bueno?	1		regular?	2		malo?	3		No sabe	8		No responde	9		/ /								
bueno?	1																								
regular?	2																								
malo?	3																								
No sabe	8																								
No responde	9																								

SECCIÓN 8. PROGRAMAS PREVENTIVOS

8.1 ¿Durante los últimos 12 meses acudió al módulo de medicina preventiva para... Sí..... 1 No..... 2 pase a la siguiente prueba de detección SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, INICIE EN EL INCISO C	8.2 ¿En qué institución le dieron el servicio? IMSS Solidaridad 01 IMSS 02 SSA 03 DIF 04 DDF 05 INI 06 ISSSTE estatal 07 ISSSTE 08 Marina/Defensa 09 PEMEX 10 Particular 11 Cruz Roja 12 SEP 13 ONG 14 Otro 77 No sabe 88 No responde 99	8.3 ¿Presentaba alguna molestia por la cual le realizaron la prueba de detección? Sí..... 1 No..... 2	8.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio? Sí..... 1 No..... 2 PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN
/ / a) Prueba de Papanicolaou	/ /	/	/
/ / b) Detección de cáncer de mama (exploración clínica)	/ /	/	/
/ / c) Detección de tuberculosis (análisis de flema o esputo)	/ /	/	/
/ / d) Detección de diabetes (prueba del azúcar)	/ /	/	/
/ / e) Detección de hipertensión (toma de presión arterial)	/ /	/	/

	8.5 ¿Qué diagnóstico le dieron? Positivo 1 Negativo 2 No sabe 8 No responde 9 PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN	8.6 ¿Recibió tratamiento? Sí..... 1 No..... 2 PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN	8.7 ¿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
a) Prueba de Papanicolaou	/ / /	/ /	/ / /
b) Detección de cáncer de mama (exploración clínica)	/ / /	/ /	/ / /
c) Detección de tuberculosis (análisis de flema o esputo)	/ / /	/ /	/ / /
d) Detección de diabetes (prueba del azúcar)	/ / /	/ /	/ / /
e) Detección de hipertensión (toma de presión arterial)	/ / /	/ /	/ / /

SECCIÓN 9. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES CLÍNICAS

9.1 ¿Se realizó la medición de peso?	Sí..... 1 / / / / / / / Kg No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
9.2 ¿Se realizó la medición de talla de pie?	Sí..... 1 / / / / / / / cm No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
9.3 ¿Se realizó la medición de cintura?	Sí..... 1 / / / / / / / cm No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
9.4 ¿Se realizó la primera toma de tensión arterial?	Sí..... 1 / / / / / / / TAS TAD No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
ESPERE CUANDO MENOS 5 MINUTOS ANTES DE REALIZAR LA SEGUNDA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL		
9.5 ¿Se realizó la segunda toma de tensión arterial?	Sí..... 1 / / / / / / / TAS TAD No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /

SECCIÓN 10. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES BIOLÓGICAS

10.1 ¿Ha comido o tomado algún alimento entre las últimas 8 a 12 horas?	Sí..... 1 No..... 2	/ /
10.2 ¿Se tomó muestra de sangre capilar para glucemia?	Sí..... 1 No..... 2 PASE A 10.4	/ /
10.3 Resultado de la glucemia	_____ mg/dl	/ /
10.4 ¿Se tomó muestra de sangre venosa en tubo con SST?	No..... 2 Anote causa _____ Sí..... 1 Fecha día mes año	/ /
10.5 ¿Tomó muestra de sangre venosa en tubo con EDTA?	No..... 2 Anote causa _____ Sí..... 1 Fecha día mes año	/ /
En este espacio coloque la etiqueta de control		
10.6 ¿Se tomó muestra de orina?	Sí..... 1 No..... 2 Anote causa _____	/ /
10.7 Resultado del examen general de orina con tira reactiva.	Peso específico / / PH / / Leucocitos / / Nitritos / / Proteínas / / Glucosa / / Cetonas / / Urobilinógeno / / Bilirrubina / / Sangre / / Hemoglobina / /	

EN CASO DE OBTENER EXAMEN NEGATIVO O TRAZAS EN PROTEÍNAS (PRO), REALIZAR EXAMEN CON MICRAL-TEST.

10.8 Resultado del examen con Micral-test	0 mg/l..... 1 20 mg/l..... 2 50 mg/l..... 3 100 mg/l..... 4	/ /
---	--	-----

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 42, párrafo primero, de la Ley de Información Estadística y Geografía, en vigor: "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les solicitan las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas".

Conforme a las disposiciones del **Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud**, en vigor; "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice".

En referencia directa el **Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica**, en vigor, enuncia: "Los datos e informes que los participantes proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él".

OBSERVACIONES

RECUADRO DE CONTROL

<i>SUPERVISOR</i>	<i>CODIFICACIÓN</i>	<i>CAPTURA</i>
Nombre:		
Clave: <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Fecha: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>