

Las siguientes preguntas se refieren al café y té que Ud. acostumbra beber.

5. ¿Acostumbra Ud. beber café, diario?

₀ No ₁ Sí



5.1.	¿Cuántas tazas de café regular (no descafeinado) acostumbra Ud. beber diario? (Cuenta como 2 tazas, las tazas grandes [de 12 onzas o más] y las bebidas hechas con doble porción de café exprés.)					
	Ninguna	1 taza	2-3 tazas	4-5 tazas	6 tazas o más	
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
5.2.	¿Cuántas tazas de café descafeinado acostumbra Ud. beber diario? (Cuenta como 2 tazas las tazas grandes [de 12 onzas o más] y las bebidas hechas con doble porción de café exprés.)					
	Ninguna	1 taza	2-3 tazas	4-5 tazas	6 tazas o más	
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
5.3.	¿Cómo acostumbra Ud. preparar el café? (Indique una o dos de las respuestas.)					
	Colado	Exprés	Instantáneo	Hervido	Filtrado/ Pasado	Prensa Francesa
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

6. ¿Acostumbra Ud. beber té, diario? **(No incluya los té descafeinados de hierbas.)**

₀ No ₁ Sí



6.1.	¿Cuántas tazas de té acostumbra Ud. beber diario? (No incluya los té descafeinados de hierbas.)			
	1 taza	2-3 tazas	4-5 tazas	6 tazas o más
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Siga adelante a la próxima página.

Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de tomar bebidas alcohólicas. Para las siguientes preguntas, tome en cuenta que una bebida alcohólica es igual a una cerveza, un vaso de vino, o un trago de alcohol (whiskey, brandy/coñac, o ginebra).

7. Durante toda su vida, ¿ha bebido Ud. 12 tragos o más de cualquier clase de bebida alcohólica?

₀ No ₁ Sí
↓

7.1. Entre las 14 y 17 años de edad, ¿cuántas bebidas alcohólicas acostumbraba Ud. beber?

Ninguna o menos de 1 por <u>mes</u>	1-3 por <u>mes</u>	1-2 por <u>semana</u>	3-6 por <u>semana</u>	1-2 <u>diaria</u>	3 o más cada <u>día</u>
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7.2. Entre los 18 y 22 años de edad, ¿cuántas bebidas alcohólicas acostumbraba Ud. beber?

Ninguna o menos de 1 por <u>mes</u>	1-3 por <u>mes</u>	1-2 por <u>semana</u>	3-6 por <u>semana</u>	1-2 <u>diaria</u>	3 o más cada <u>día</u>
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7.3. Entre los 23 y 29 años de edad, ¿cuántas bebidas alcohólicas acostumbraba Ud. beber?

Ninguna o menos de 1 por <u>mes</u>	1-3 por <u>mes</u>	1-2 por <u>semana</u>	3-6 por <u>semana</u>	1-2 <u>diaria</u>	3 o más cada <u>día</u>
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7.4. Entre los 30 y 49 años de edad, ¿cuántas bebidas alcohólicas acostumbraba Ud. beber?

Ninguna o menos de 1 por <u>mes</u>	1-3 por <u>mes</u>	1-2 por <u>semana</u>	3-6 por <u>semana</u>	1-2 <u>diaria</u>	3 o más cada <u>día</u>
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7.5. A los 50 años de edad, ¿cuántas bebidas alcohólicas acostumbraba Ud. beber?

Ninguna o menos de 1 por <u>mes</u>	1-3 por <u>mes</u>	1-2 por <u>semana</u>	3-6 por <u>semana</u>	1-2 <u>diaria</u>	3 o más cada <u>día</u>
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

↓
Siga adelante a la próxima página.

Las siguientes preguntas se refieren a personas que fuman alrededor de usted.

8. Durante su niñez (menor de los 18 años), ¿vivió Ud. alguna vez con alguien que fumaba cigarrillos dentro de su casa?

₀ No ₁ Sí
₉ No sé

8.1. Durante su niñez, ¿por cuántos años vivió Ud. con alguien que fumaba cigarrillos dentro de su casa?

Menos de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-18 años
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

9. Desde los 18 años de edad, ¿vivió Ud. alguna vez con alguien (inclusive un padre de familia, esposo, o persona adulta) que fumaba cigarrillos dentro de su casa?

₀ No ₁ Sí

9.1. Desde los 18 años de edad, ¿por cuántos años vivió Ud. con alguien que fumaba cigarrillos dentro de su casa?

Menos de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40 años o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

9.2. Actualmente, ¿hay alguna persona con quien Ud. vive que fuma cigarrillos dentro de su casa?

₀ No ₁ Sí

9.3. Favor de indicar cada persona con quien Ud. vive actualmente, que fuma cigarrillos dentro de su casa.

Esposo o cónyuge	Hijo(s) o Hija(s)	Otra(s) Persona(s)
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Siga adelante a la próxima página.

10. ¿Ha trabajado Ud. alguna vez en un lugar donde se fumaban cigarrillos?

₀ No ₁ Sí



10.1. ¿Por cuántos años <u>trabajó</u> Ud. en un lugar donde se fumaban cigarrillos?						
Menos de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40 años o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
10.2. ¿Trabaja Ud. <u>actualmente</u> en un lugar donde se fuma?						
<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí						



Las siguientes preguntas se refieren a exámenes y enfermedades de los senos (pechos).

11. ¿Se hecho Ud. alguna vez su propio exámen de seno (pecho)?

₀ No ₁ Sí



11.1. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha hecho Ud. su propio exámen de seno (pecho)?			
Ninguna	1-5 veces	6-10 veces	11 veces o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃



12. ¿Le ha hecho a Ud. alguna vez el exámen de seno (pecho) un médico, una enfermera, o un asistente médico?

₀ No ₁ Sí



12.1. ¿Cuántos de estos exámenes le han hecho en los últimos 5 años?					
Ninguno	1 exámen	2 exámenes	3 exámenes	4 exámenes	5 exámenes o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12.2. ¿Cuándo le hizo a Ud. el último exámen de seno (pecho) un médico, una enfermera, o un asistente médico?					
Hace menos de 1 año	Hace 1 año	Hace 2 años	Hace 3 años	Hace 4 años	Hace 5 años o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



Siga adelante a la próxima página.

13. ¿Le dijo alguna vez un médico, que Ud. tenía algún a enfermedad benigno del seno (pecho), o alguna enfermedad fibrocística en el seno (pecho)?

₀ No ₁ Sí

14. ¿Le han hecho a Ud. una mamograma (rayos X del seno [pecho] para detectar cáncer u otro problema del seno [pecho]) en los últimos 5 años?

₀ No ₁ Sí
↓

14.1. ¿Cuántas mamogramas le han hecho a Ud. en los últimos 5 años?

1	2	3	4	5 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Las siguientes preguntas corresponden al uso de polvos (talco, polvo de bebé, polvo desodorante).

15. ¿Ha usado Ud. talco alguna vez en sus partes privadas (áreas genitales)?

₀ No ₁ Sí
↓

15.1. ¿Por cuántos años?

Menos de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años	20 años o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16. ¿En alguna ocasión usó Ud. un diafragma (anticonceptivo uterino)?

₀ No ₁ Sí
↓

16.1. ¿En alguna ocasión le puso Ud. polvo (talco) al diafragma?

₀ No ₁ Sí
↓

16.2. ¿Por cuántos años usó su diafragma con polvo o talco?

Menos de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años	20 años o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Siga adelante a la próxima página.

17. ¿En alguna ocasión le puso Ud. polvo (talco) a su toalla sanitaria o paño higiénico?

₀ No

₁ Sí

17.1. ¿Por cuántos años?

Menos de
1 año

₁

1-4
años

₂

5-9
años

₃

10-19
años

₄

20 años
o más

₅

Las siguientes preguntas corresponden a su propio uso de cobijas eléctricas.

18. ¿Alguna vez usó Ud. una cobija eléctrica, funda eléctrica para colchón, o cama de agua calentada por un periodo de 15 días o mas al mes?

₀ No

₁ Sí

18.1. ¿Por cuántos años usó Ud. una cobija eléctrica, funda eléctrica para colchón, o cama de agua calentada?

Menos de
1 año

₁

1-4
años

₂

5-9
años

₃

10-19
años

₄

20 años
o más

₅

18.2. Durante aquellos años, y en cualquier período de 15 días o mas al mes, ¿por cuántos meses al año usó Ud. una cobija eléctrica, funda eléctrica para colchón, o cama de agua calentada?

Menos de
1 mes por año

₁

1-3 meses
por año

₂

4-6 meses
por año

₃

7-9 meses
por año

₄

10-12 meses
por año

₅

18.3. Cuando Ud. usó la cobija eléctrica, la funda eléctrica para colchón, o la cama de agua calentada, ¿la dejaba prendida mientras dormía o sólo la usaba para calentar la cama antes de dormir?

₁ La dejaba prendida

₂ Sólo la usaba para calentar la cama

18.4. Durante este año pasado ¿ha usado Ud. una cobija eléctrica, funda eléctrica para colchón, o cama de agua calentada?

₀ No

₁ Sí

Siga adelante a la próxima página.

Religión

19. ¿Cuál religión practica Ud?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₀ Ninguna | <input type="checkbox"/> ₇ Adventista |
| <input type="checkbox"/> ₁ Católica | <input type="checkbox"/> ₈ Mormona/Santos del último día |
| <input type="checkbox"/> ₂ Baptista | <input type="checkbox"/> ₉ Otra Cristiana |
| <input type="checkbox"/> ₃ Episcopal or Anglicana | <input type="checkbox"/> ₁₀ Judía |
| <input type="checkbox"/> ₄ Luterana | <input type="checkbox"/> ₁₁ Oriental (Budista, Hindú) |
| <input type="checkbox"/> ₅ Metodista | <input type="checkbox"/> ₁₂ Musulmana |
| <input type="checkbox"/> ₆ Presbiteriana | <input type="checkbox"/> ₈₈ Otra |

Las siguientes preguntas corresponden a sus actividades diarias.

20. Por lo general, ¿por cuántas horas a la semana trabaja Ud. haciendo labores pesadas (vigorosas o intensas) en su casa, tal como fregar pisos, barrer, o pasar la aspiradora?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de
1 hora | 1-3
horas | 4-6
horas | 7-9
horas | 10 horas
o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

21. ¿Por cuántos meses al año trabaja Ud. en el patio, haciendo jardinería, cortando el césped, rastrillando, o despejando la nieve con pala?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de
1 meses | 1-3
meses | 4-6
meses | 7-9
meses | 10 meses
o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

21.1. Cuando Ud. hace tal trabajo en el patio, ¿por cuántas horas se ocupa Ud. en esto, cada semana?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de
1 hora | 1-3
horas | 4-6
horas | 7-9
horas | 10 horas
o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

22. Durante su rutina diaria de día y noche, ¿por cuántas horas está Ud sentada? Asegúrese de incluir los momentos en que está Ud. sentada en el trabajo, comiendo, manejando o viajando como pasajero en auto o autobús, y sentada viendo la TV o platicando.

- | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de
4 horas | 4-5
horas | 6-7
horas | 8-9
horas | 10-11
horas | 12-13
horas | 14-15
horas | 16 horas
o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |

23. Durante su rutina diaria de día y noche, ¿por cuántas horas está Ud. dormida o acostada con los pies elevados? Esté segura de incluir los momentos en que está Ud. dormida o intentando dormir de noche, descansando, tomando una siesta, y acostada viendo la TV.

Menos de 4 horas	4-5 horas	6-7 horas	8-9 horas	10-11 horas	12-13 horas	14-15 horas	16 horas o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Las siguientes preguntas corresponden a su trabajo y a los puestos en que Ud. ha trabajado.

24. ¿Ha vivido o trabajado Ud. en una granja?

₀ No ₁ Sí



24.1. ¿Por cuántos años?

Menos de 5 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20 años o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

25. ¿Ha trabajado Ud. por un año o más, como peluquera, especialista de belleza, o cosmetóloga donde trabajó con tinte para el cabello?

₀ No ₁ Sí



25.1. ¿Por cuántos años?

1-5 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20 años o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Siga adelante a la próxima página.

26. ¿Ha trabajado Ud. en un lugar donde le han pagado un sueldo?

₀ No

₁ Sí



Desde que Ud. cumplió los 18 años ¿en cuáles 3 puestos, con jornal fijo o parcial, ha durado más? Favor de comenzar con el puesto más recién trabajado. (Si Ud. trabajó menos de un año en algún puesto, escriba "01" en los cuadros, para indicar el total de los años trabajados.)

	Su puesto	La <u>industria</u> en que se <u>especializaba</u> la <u>compañía</u>	Edad en que comenzó	Los años que trabajó aquí
26.1.	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> edad	<input type="text"/> <input type="text"/> años
	(más recién)			
26.2.	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> edad	<input type="text"/> <input type="text"/> años
26.3.	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> edad	<input type="text"/> <input type="text"/> años

Las siguientes preguntas corresponden a su estatura y peso durante varios años desde haber cumplido Ud. los 18 años. Si no recuerda precisamente, calcule lo mejor que pueda.

27. ¿Cuánto medía usted de estatura (descalza) a los 18 años (su mayor estatura de adulta)?

pies pulgadas

28. ¿Cuánto pesaba Ud. a los 18 años (sin estar embarazada)?

libras

29. ¿Cuánto pesaba Ud. a los 35 años (sin estar embarazada)?

libras

30. ¿Cuánto pesaba Ud. a los 50 años (sin estar embarazada)?

libras

31. ¿Cuál fue su peso máximo, de adulta (lo más que haya pesado Ud. desde haber cumplido los 18 años) sin estar embarazada?

libras

32. ¿Que edad tenía Ud. cuando llegó a su peso máximo de adulta? (Indique todos los que apliquen.)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 18-29
años | 30-39
años | 40-49
años | 50-59
años | 60-69
años | 70 años o
mayor |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

33. ¿Cuál ha sido su peso mínimo de adulta (lo menos que Ud. ha pesado desde los 18 años)?

libras

34. ¿Qué edad tenía Ud. cuando llegó a su peso mínimo de adulta? (Indique todos los que apliquen.)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 18-29
años | 30-39
años | 40-49
años | 50-59
años | 60-69
años | 70 años o
mayor |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

La Pérdida de Peso

35. Durante los últimos 20 años, cuando Ud. no estaba embarazada ni enferma, ¿perdió 10 libras de peso o más, a propósito?

- ₀ No ₁ Sí
↓

35.1. ¿Cuántas veces perdió Ud. 50 libras o más?

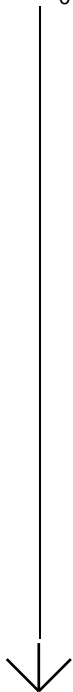
Ninguna	1-2 veces	3-4 veces	5-6 veces	7 veces o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

35.2. ¿Cuántas veces perdió Ud. 20 libras, pero no más de 49 libras?

Ninguna	1-2 veces	3-4 veces	5-6 veces	7 veces o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

35.3. ¿Cuántas veces perdió Ud. 10 libras, pero no más de 19 libras?

Ninguna	1-2 veces	3-4 veces	5-6 veces	7 veces o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



36. ¿Por cuánto tiempo ha estado Ud. entre 10 libras de su peso actual (sin tomar en cuenta las veces en que estuvo Ud. embarazada o enferma)?

años

Las siguientes preguntas corresponden a los lugares donde Ud. ha vivido.

37. ¿Por cuántos años ha vivido Ud. en el Estado en que **actualmente vive**?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de
5 años | 5-9
años | 10-19
años | 20 años
o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

**En los EE.UU.,
¿en cuál estado?**

o

**Si no en los EE.UU.,
¿en qué país?**

38. ¿Dónde nació Ud.?

39. ¿Dónde vivió a la edad de 15 años?

40. ¿Dónde vivió a la edad de 35 años?

41. ¿Dónde vivió a la edad de 50 años?

42. ¿En qué estado o país ha vivido Ud. más tiempo?

43. ¿En qué fecha completó Ud. este formulario?

- -
 mes día año

Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado. Anote sus comentarios aquí:

PARA EL USO EXCLUSIVO OFICINA	
Administración del Formulario	
<input type="checkbox"/> ₁	Por sí misma
<input type="checkbox"/> ₂	En Grupo
<input type="checkbox"/> ₃	Entrevista
<input type="checkbox"/> ₄	Asistencia