

En este cuestionario se le pide proveer información sobre los factores que podrían afectar a su salud. Éstos incluyen los cambios de peso, hábitos alimenticios, tipos de grasa en su dieta, consumo de vino, hábitos de fumar, uso de hormonas femeninas, contacto con insecticidas y el uso de computadoras y secadores de pelo.

1. ¿Cuál es su peso actual? [][][] libras

100	200	300	400	500	600	700		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Durante el último año, ¿cuál fue su peso máximo? [][][] libras

100	200	300	400	500	600	700		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Durante el último año, ¿cuál fue su peso mínimo? [][][] libras

100	200	300	400	500	600	700		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Durante el último año, ¿adelgazó Ud. cinco o más libras a propósito en alguna ocasión?

- 0 No
- 1 Sí
- 9 No lo sé

4.1. ¿Qué método(s) utilizó para bajar de peso? (Marque todos los que correspondan.)

<input type="checkbox"/> 1 Dieta baja en calorías	<input type="checkbox"/> 7 Píldoras para adelgazar
<input type="checkbox"/> 2 Dieta baja en grasa	<input type="checkbox"/> 8 Programas comerciales de adelgazamiento
<input type="checkbox"/> 3 Otro tipo de dieta	<input type="checkbox"/> 9 Cirugía del estómago/desviación intestinal
<input type="checkbox"/> 4 No comer/Ayunos	<input type="checkbox"/> 10 Comenzar o incrementar a cantidad de tabaco
<input type="checkbox"/> 5 Disminuir consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> 88 Otro
<input type="checkbox"/> 6 Aumento de ejercicios	

5. En el pasado año, ¿bajó Ud. cinco libras o más sin intención en alguna ocasión?

- 0 No
- 1 Sí
- 9 No lo sé

5.1. ¿Cuál fue la causa de esta pérdida de peso? (Marque todas las que correspondan.)

<input type="checkbox"/> 1 Enfermedad	<input type="checkbox"/> 4 Acontecimientos de la vida (ej.: cambios en el trabajo o del estado civil)
<input type="checkbox"/> 2 Depresión	<input type="checkbox"/> 8 Otro
<input type="checkbox"/> 3 Época de estrés	<input type="checkbox"/> 9 No lo sé

Pase a la página siguiente.

6. ¿Cuántas veces a la semana come Ud. a las siguientes horas de comida? (Conteste cada pregunta. Si no suele comer a la hora indicada, conteste "Nunca o menos de una vez.")

Comer	Veces a la semana				
	Nunca o menos de una vez	1-2 veces	3-4 veces	5-6 veces	7 veces o más
6.1. Antes del desayuno	0	1	2	3	4
6.2. Desayuno	0	1	2	3	4
6.3. Entre el desayuno y el almuerzo	0	1	2	3	4
6.4. Almuerzo	0	1	2	3	4
6.5. Entre el almuerzo y la cena	0	1	2	3	4
6.6. Cena	0	1	2	3	4
6.7. Después de cenar	0	1	2	3	4

7. En los últimos tres meses, ¿qué clases de grasa o aceite solía usar para freír, empanar o saltar las comidas? (Marque la clase o dos clases utilizadas más a menudo. Si Ud. no utilizó grasa, marque "Nunca utilicé grasa.")

- | | |
|---|--|
| ① Mantequilla | ⑧ Aceite de canola (colza) |
| ② Margarina baja en calorías | ⑨ Aceite de cacahuate |
| ③ Margarina en barra | ⑩ Otros aceites vegetales (maíz, cártamo o "safflower," girasol) |
| ④ Margarina en bote | ⑪ Aceite en aerosol (ej.: Pam®) |
| ⑤ Grasa vegetal sólida (ej.: Crisco®) | ⑬ Otra grasa(s) |
| ⑥ Manteca (grasa de tocino, pringues de carne, puerco salado o "ham hocks") | ⑯ Nunca utilicé grasa |
| ⑦ Aceite de oliva | |

8. En los últimos tres meses, ¿qué clases de grasa o aceite solía usar para cocinar verduras, papas, frijoles o arroz? (Marque la clase o dos clases utilizadas más a menudo. Si Ud. no utilizó grasa, marque "Nunca utilicé grasa.")

- | | |
|---|--|
| ① Mantequilla | ⑧ Aceite de canola (colza) |
| ② Margarina baja en calorías | ⑨ Aceite de cacahuate |
| ③ Margarina en barra | ⑩ Otros aceites vegetales (maíz, cártamo o "safflower," girasol) |
| ④ Margarina en bote | ⑪ Aceite en aerosol (ej.: Pam®) |
| ⑤ Grasa vegetal sólida (ej.: Crisco®) | ⑬ Otra grasa(s) |
| ⑥ Manteca (grasa de tocino, pringues de carne, puerco salado o "ham hocks") | ⑯ Nunca utilicé grasa |
| ⑦ Aceite de oliva | |

Pase a la página siguiente.

5203

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

9. En los últimos tres meses, ¿qué clases de grasa o aceite solía agregar después de cocinar verduras, papas, frijoles o arroz? (Marque la clase o dos clases utilizadas más a menudo. Si Ud. no utilizó grasa, marque "Nunca utilicé grasa.")

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ① Mantequilla | <input type="checkbox"/> ⑨ Aceite de cacahuete |
| <input type="checkbox"/> ② Margarina baja en calorías | <input type="checkbox"/> ⑩ Otros aceites vegetales (maíz, cártamo o "safflower," girasol) |
| <input type="checkbox"/> ③ Margarina en barra | <input type="checkbox"/> ⑪ Crema agria baja en grasa o sin grasa |
| <input type="checkbox"/> ④ Margarina en bote | <input type="checkbox"/> ⑫ Crema agria regular |
| <input type="checkbox"/> ⑦ Aceite de oliva | <input type="checkbox"/> ⑬ Otra grasa(s) |
| <input type="checkbox"/> ⑧ Aceite de canola (colza) | <input type="checkbox"/> ⑭ Nunca utilicé grasa |

10. En los últimos tres meses, ¿qué clases de grasa o aceite solía untar en el pan, "bagels," molletes, tortillas y panecillos? (Marque la clase o dos clases utilizadas más a menudo. Si Ud. no utilizó grasa, marque "Nunca utilicé grasa.")

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① Mantequilla | <input type="checkbox"/> ⑤ Aceite de oliva |
| <input type="checkbox"/> ② Margarina baja en calorías | <input type="checkbox"/> ⑬ Otra grasa(s) |
| <input type="checkbox"/> ③ Margarina en barra | <input type="checkbox"/> ⑭ Nunca utilicé grasa |
| <input type="checkbox"/> ④ Margarina en bote | |

11. En los últimos tres meses, ¿cuántos vasos de vino TINTO (rojo) tomó? (Considere un vaso como seis onzas. Marque sólo uno.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ① Ninguno o menos de 1 cada mes | <input type="checkbox"/> ④ 5-6 por semana |
| <input type="checkbox"/> ② 1-3 por mes | <input type="checkbox"/> ⑤ 1 por día |
| <input type="checkbox"/> ③ 1 por semana | <input type="checkbox"/> ⑥ 2-3 por día |
| <input type="checkbox"/> ③ 2-4 por semana | <input type="checkbox"/> ⑦ 4 ó más por día |

12. En los últimos tres meses, ¿cuántos vasos de vino BLANCO o ROSADO tomó? (Considere un vaso como seis onzas. Marque sólo uno.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ① Ninguno o menos de 1 cada mes | <input type="checkbox"/> ④ 5-6 por semana |
| <input type="checkbox"/> ② 1-3 por mes | <input type="checkbox"/> ⑤ 1 por día |
| <input type="checkbox"/> ③ 1 por semana | <input type="checkbox"/> ⑥ 2-3 por día |
| <input type="checkbox"/> ③ 2-4 por semana | <input type="checkbox"/> ⑦ 4 ó más por día |

Pase a la página siguiente.

13. ¿Fuma Ud. cigarillos?

1 Sí

2 No → **Pase a la página siguiente.**

13.1. ¿Cuántos cigarillos suele fumar por día? (**Marque sólo uno.**)

1 Menos de 5

2 5-14

3 15-24

4 25-34

5 35-44

6 45 ó más

13.2. ¿Suele fumar cigarillos con filtro o sin filtro? (**Marque sólo uno.**)

1 Con filtro

2 Sin filtro

13.3. ¿Suele fumar cigarillos regulares o bajos en nicotina y alquitrán ("lites")? (**Marque sólo uno.**)

1 Regulares

2 Bajos en nicotina y alquitrán ("lites")

13.4. ¿De qué tamaño son los cigarillos que suele fumar? (**Marque sólo uno.**)

1 Fino

2 Regular

3 Grande

Pase a la página siguiente.



5203

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

Las siguientes preguntas son sobre hormonas femeninas que Ud. recibe con una recete médica.

14. Durante el último año, ¿tomó Ud. PÍLDORAS de hormonas femeninas recetadas por un doctor que contenían tanto ESTRÓGENO como progestina (PROGESTERONA) COMBINADAS en la misma píldora o paquete (por ejemplo: Prempo, Premphase)? (No incluir el uso de 2 píldoras separadas de estrógeno y progestina usadas al mismo tiempo.)

No

No lo sé

Sí

14.1. Durante el último año, ¿cuántos meses tomó la PÍLDORA de hormonas femeninas COMBINADAS que contenía tanto ESTRÓGENO como PROGESTINA?

- Menos de 1 mes
 1-6 meses
 7-10 meses
 11-12 meses

15. Durante el año pasado, ¿tomó usted hormonas femeninas llamadas ESTRÓGENO (por ejemplo: Premarin, Estrace, Ogen)? (Esto podría haber sido en forma de píldora, parche cutáneo, inyección, crema o supositorio vaginal, o crema o gel para la piel.) (No incluir la píldora combinada de estrógeno y progestina.)

No

No lo sé

Sí

15.1. Durante el año pasado, ¿cuántos meses utilizó cualquier tipo de ESTRÓGENO? (Marque sólo uno. Si recibía inyecciones, cuente cada una como un mes.)

- Menos de 1 mes
 1-6 meses
 7-10 meses
 11-12 meses

15.2. Durante el año pasado, ¿qué tipo de ESTRÓGENO tomó Ud. durante más tiempo? (Marque sólo uno.)

- Píldoras (o cápsulas)
 Inyecciones
 Parches cutáneos
 Crema o supositorios vaginales
 Otras cremas o geles

Pase a la Pregunta 15.3 de la página siguiente.

Pase por alto la página siguiente y continúe en la Pregunta 16 de la página 8.

15.3. Durante el año pasado, ¿tomo Ud. píldoras de ESTRÓGENO (por ej.: Premarin, Estrace, Ogen) por vía oral?

- 0 No
 9 No lo sé

1 Sí

15.4. ¿Cuál fue la cantidad media de días por mes que Ud. tomó por vía oral píldoras de ESTRÓGENO? (Marque sólo uno.)

- 0 Menos de 1 día 3 15-21 días
 1 1-7 días 4 22-27 días
 2 8-14 días 5 28 días ó más

15.5. Durante el año pasado, ¿qué tipo de ESTRÓGENO tomó Ud. durante más tiempo? (Marque sólo uno.)

- 1 Premarin o estrógenos equionos conjugados
 2 Estrace
 3 Ogen
 8 Otro
 9 No lo sé

15.6. ¿Qué dosis solía tomar cada día? (Marque sólo uno. Si Ud. tomaba regularmente más de una dosis, marque la dosis más baja.)

- 1 0.3 mg 6 2 mg
 2 0.625 mg 7 2.5 mg
 3 0.9 mg 8 Otra
 4 1 mg 9 No lo sé
 5 1.25 mg

15.7. Durante el año pasado, ¿utilizó parches cutáneos de ESTRÓGENO (por ejemplo: Estraderm, Climera)?

- 0 No
 9 No lo sé

1 Sí

15.8. ¿Qué dosis de parche cutáneo solía utilizar? (Marque sólo uno.)

- 1 0.05 mg 8 Otra
 2 0.1 mg 9 No lo sé

15.9. ¿Cuál fue la cantidad media de veces por semana que Ud. cambiaba su parche de ESTRÓGENO para la piel? (Marque sólo uno.)

- 1 Menos de una vez por semana
 2 1-2 veces por semana
 3 3-4 veces por semana
 4 5 veces ó más por semana

Pase a la página siguiente.

16. Durante el año pasado, ¿utilizó Ud. las hormonas femeninas llamadas PROGESTERONA o PROGESTINA (por ejemplo: Provera, Cycrin, Amen, Megace o la progesterona micronizada)? (Esto podría haber sido en forma de píldora, parche cutáneo, inyección, crema o supositorio vaginal, o crema o gel para la piel.) **(No incluir la píldora combinada de estrógeno y progestina.)**

 1 Sí

 0 No

 9 No lo sé

 → Pase a la página siguiente.

- 16.1. Durante el año pasado, ¿cuántos meses utilizó PROGESTERONA o PROGESTINA? **(Marque sólo uno. Si recibía inyecciones, cuente cada una como un mes.)**

 1 Menos de 1 mes

 3 7-10 meses

 2 1-6 meses

 4 11-12 meses

- 16.2. Durante el año pasado, ¿qué tipo de PROGESTERONA o PROGESTINA utilizó durante más tiempo? **(Marque sólo uno.)**

 1 Píldoras o cápsulas

 4 Cremas o supositorios vaginales

 2 Inyecciones

 8 Otras cremas o geles

 3 Parches cutáneos

- 16.3. Durante el año pasado, ¿tomó Ud. por vía oral píldoras de PROGESTERONA o PROGESTINA?

 0 No

 9 No lo sé

 1 Sí

- 16.4. Durante el año pasado, ¿cuál fue la cantidad media de días por mes que Ud. utilizó píldoras de PROGESTERONA o PROGESTINA? **(Marque sólo uno.)**

 1 Ninguna o menos de 1 por día

 4 13-18 días

 2 1-9 días

 5 19-27 días

 3 10-12 días

 6 28 días ó más

- 16.5. Durante el año pasado, ¿utilizó píldoras Provera, Cycrin o Amen (PROGESTERONAMEDROXY-MPA)?

 0 No

 9 No lo sé

 1 Sí

- 16.6. ¿Qué dosis solía tomar cada día? **(Marque sólo uno. Si solía tomar más de una dosis, marque la dosis más baja.)**

 1 2.5 mg

 4 10 mg

 2 5 mg

 5 Más de 10 mg

 3 7.5 mg

 9 No lo sé

- 16.7. Durante el año pasado, ¿utilizó píldoras de PROGESTERONA MICRONIZADA?

 1 Sí

 0 No

 9 No lo sé


5203

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

17. Desde los 21 años, ¿ha echado, mezclado, rociado o aplicado Ud. u otra persona insecticidas (tales como sprays antipulgas o antibichos, insecticidas para el jardín/césped/cultivos) en los alrededores inmediatos de su casa, campo de recreo o trabajo? (No incluya los repelentes para insectos, herbicidas, fungicidas, ni tratamientos antipulgas, antigarrapatas o antiácaro aplicados directamente a las mascotas.) (Marque sólo uno.)

1 Sí, sólo en el trabajo

4 No

2 Sí, sólo en casa o en el campo de recreo

5 No lo sé

3 Sí, en casa, en el campo de recreo, y en el trabajo

→ Pase a la página siguiente.

- 17.1. ¿De qué forma ha sido expuesta a los insecticidas? (Marque todas las que se apliquen.)

1 Los mezclaba

4 Un servicio comercial los aplicaba en mi casa

2 Los rociaba o aplicaba

5 Otro

3 Un servicio de césped los aplicaba en mi casa

- 17.2. ¿Cuántos años en total mezcló o aplicó Ud. personalmente los insecticidas en casa o en el trabajo? (Marque sólo uno.)

1 Nunca o menos de 1 año

4 10-14 años

2 1-4 años

5 15-19 años

3 5-9 años

6 20 años ó más

- 17.3. Durante esos años, ¿cuál fue la cantidad promedio de veces por año que Ud. personalmente mezcló o aplicó los insecticidas en casa o en el trabajo? (Marque sólo uno.)

0 Nunca o menos de 1 vez por año

3 13-24 veces por año

1 1-5 veces por año

4 25-49 veces por año

2 6-12 veces por año

5 50 veces ó más por año

- 17.4. ¿Cuántos años en total aplicó insecticidas en su casa, césped o jardín otra persona distinta de Ud. (por ejemplo: servicio de césped o aplicación comercial)? (Marque sólo uno.)

0 Nunca o menos de 1 año

3 10-14 años

1 1-4 años

4 15-19 años

2 5-9 años

5 20 años ó más

- 17.5. Durante esos años, ¿cuál fue la cantidad media por año que otra persona distinta de Ud. aplicó insecticidas en su casa, césped o jardín? (Marque sólo uno.)

0 Nunca o menos de una vez por año

3 13-24 veces por año

1 1-5 veces por año

4 25 veces por año ó más

2 6-12 veces por año

Pase a la página siguiente.

18. ¿Alguna vez ha estado sentada delante, y a una distancia de menos de 3 pies, de una pantalla de computadora encendida (por ejemplo: escribiendo cartas)?

Sí

No → **Pase a la página siguiente.**

18.1. ¿Cuántos años en total pasó sentada regularmente delante de una pantalla de computadora encendida (por lo menos una vez por semana)? **(Marque sólo uno.)**

1 Menos de 1 año

2 1-4 años

3 5-9 años

4 10-14 años

5 15-19 años

6 20 años ó más

18.2. Durante los últimos 5 años, ¿cuál fue la cantidad promedia de días por semana que estuvo sentada delante de una pantalla de computadora encendida? **(Marque sólo uno.)**

1 Menos de 1 día por semana → **Pase a la página siguiente.**

2 1 día por semana

3 2 días por semana

4 3 días por semana

5 4 días por semana

6 5 días ó más por semana

18.3. En los días en que Ud. utilizaba la computadora, ¿cuál fue la cantidad media de horas que estuvo sentada delante de la pantalla de una computadora encendida? **(Marque sólo uno.)**

1 Menos de 1 hora por día

2 1-3 horas por día

3 4-6 horas por día

4 7 ó más horas por día

Pase a la página siguiente.



5203

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

19. Desde los 21 años, ¿ha vivido Ud. con alguna mascota en su casa?

① Sí

② No → (Pase a la página siguiente.)

19.1. ¿Qué métodos ha utilizado para tratar a sus mascotas contra las pulgas, ácaros o garrapatas? (No incluya el rociar la casa contra las pulgas o los insectos. (Marque todas las que se apliquen.)

① Ninguno → Pase a la página siguiente.

② Collares antipulgas o antigarrapatas

③ Polvos o spray

④ Sumersión

⑤ Otro

19.2. ¿Cuántos años en total ha tratado a alguna mascota en su casa contra las pulgas, ácaros o garrapatas? (Marque solo uno.)

① Menos de 1 año

② 1-4 años

③ 5-9 años

④ 10-19 años

⑤ 20-29 años

⑥ 30 años ó más

Pase a la página siguiente.

20. ¿Ha usado durante alguna época una secadora de pelo manual (por lo menos una vez por semana)?

No

Sí



20.1. Cuántos años en total ha usado alguna secadora de pelo manual? (Marque sólo uno.)

- 1 Menos de 1 año
- 2 1-4 años
- 3 5-9 años
- 4 10-14 años
- 5 15-19 años
- 6 20 años ó más

20.2. Durante esos años, ¿cuál fue la media de veces por semana que Ud. usó una secadora de pelo manual? (Marque sólo uno.)

- 1 1 vez por semana o menos
- 2 2-3 veces por semana
- 3 4-5 veces por semana
- 4 6 veces por semana ó más

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

* U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:1999-789-310/80005



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

5203