

Este cuestionario tiene que ver con ciertos temas que le pueden afectar la salud. Dichos temas incluyen actividades físicas y ejercicio, el uso de alcohol, tabaco, el uso de hormonas femeninas, sus condiciones medicas actuales, y la entrada anual (salario) de su familia.

Las siguientes preguntas son acerca de su peso. (Adivine lo mejor que pueda.)

1. ¿Cuál es su peso actual?

libras

100 200 300 400 500 600 700

10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

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

libras

100 200 300 400 500 600 700

10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

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

libras

100 200 300 400 500 600 700

10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Las siguientes preguntas corresponden a cualquier cambio de peso que Ud. ha notado en los últimos tres años.

4. Durante los últimos 3 años, ¿perdió Ud. cinco libras o más a propósito?

0 No

1 Sí

9 No sé

4.1. ¿Qué hizo Ud. para perder el peso? (Marque **todas** las que correspondan.)

1 Cambio de dieta

5 Programa industrial para perder peso

2 Más ejercicio

6 Comencé a fumar o fumo aún más

9 Píldoras recetadas para perder peso
(por ejemplo Redux, Meridia,
Xenical)

7 Un procedimiento quirúrgico (por
ejemplo un Anastomosis (Bypass)
Intestinal o Estomacál

10 Píldoras no recetadas (por ejemplo,
Acutrim)

8 Otro (**Especifique**): _____

Siga adelante a la próxima página.

5. En los últimos 3 años, ¿perdió Ud. cinco libras o más, pero no a propósito?

0 No
9 No sé

1 Sí

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

1 Enfermedad

5 Falta de Apetito

2 Depresión

6 El no poder saborear

3 Estrés

8 Otro (Especifique): _____

4 Eventos en la vida (por ejemplo
un cambio de oficio o estado
matrimonial)

9 No sé

Las siguientes preguntas son acerca de su actividad física y ejercicio normal. Esto incluye caminar y deportes.

6. Cuando camina fuera de al casa, ¿cuántas veces camina fuera de la casa por más de 10 minutos sin parar? (Marque sólo una.)

Raramente
o nunca

1-3 veces
al mes

1 vez a
la semana

2-3 veces a
la semana

4-6 veces a
la semana

7 ó más veces
a la semana

0

1

2

3

4

5

6.1. Cuando camina Ud. fuera de la casa por más de 10 minutos sin parar, ¿cuántos minutos suele caminar?

Menos de
20 minutos

20-39
minutos

40-59
minutos

1 hora
ó más

1

2

3

4

6.2. ¿A qué velocidad suele Ud. caminar?

2 Un paseo o una caminata (a una velocidad de menos de 2 millas por hora)

3 Regular o normal (2-3 millas por hora)

4 Algo rápido (3-4 millas por hora)

5 Muy rápido (más de 4 millas por hora)

9 No sé

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

6451

7. No tomando en cuenta sus caminatas fuera de la casa, ¿qué tan seguido, durante la semana (7 días) suele Ud. hacer EJERCICIO VIGOROSO O MUY DURO (comienza Ud. a sudar y su corazón le palpita rápidamente.)? Por ejemplo: ejercicios aeróbics, el baile aerobico, trote atlético "jogging," jugar tenis, la natación.

Ninguno 0

1 día por semana	2 días por semana	3 días por semana	4 días por semana	5 ó más días por semana
1	2	3	4	5

7.1. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?

Menos de 20 minutos	20-39 minutos	40-59 minutos	1 hora ó más
1	2	3	4

8. No tomando en cuenta sus caminatas fuera de la casa, ¿qué tan seguido, durante la semana (7 días) suele Ud. hacer EJERCICIO MODERADO (sin ser agotador)? Por ejemplo: andar en bicicleta al aire libre, o en maquina de ejercicios (como bicicleta estable o maquina para caminar), calistenia, natación moderada, baile popular y folkórica.

Ninguno 0

1 día por semana	2 días por semana	3 días por semana	4 días por semana	5 ó más días por semana
1	2	3	4	5

8.1. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?

Menos de 20 minutos	20-39 minutos	40-59 minutos	1 hora ó más
1	2	3	4

9. No tomando en cuenta sus caminatas fuera de la casa, ¿qué tan seguido, durante la semana (7 días) suele Ud. hacer EJERCICIO LENTO? Por ejemplo: baile lento, jugar boliche, el golf.

Ninguno 0

1 día por semana	2 días por semana	3 días por semana	4 días por semana	5 ó más días por semana
1	2	3	4	5

9.1. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?

Menos de 20 minutos	20-39 minutos	40-59 minutos	1 hora ó más
1	2	3	4

Siga adelante a la próxima página.

Les siguientes preguntas corresponden a sus actividades normales.

10. ¿Por cuántas horas por semana hace Ud. sus quehaceres de hogar que son pesados, por ejemplo el limpiar pisos, barrer o pasar la aspiradora?

Menos de 1 hora	1-3 horas	4-6 horas	7-9 horas	10 ó más horas
1	2	3	4	5

11. ¿Cuántas mese al año acostumbra hacer labores en el patio? (Por ejemplo, cortando el césped, rastrillando las hojas, jardinería, o quitando la nieve con pala.)

Menos de 1 mes	1-3 meses	4-6 meses	7-9 meses	10 ó más meses
1	2	3	4	5

11.1. Cuando Ud. traja en el patio, ¿cuántas horas por semana trabaja?

Menos de 1 hora	1-3 horas	4-6 horas	7-9 horas	10 ó más horas
1	2	3	4	5

12. Durante un día y una noche normal, ¿cuántas horas se pasa sentada? No olvide tomar en cuenta las horas que pasa sentada en el trabajo, a la mesa cuando come sentada en el coche o autobús, y sentada viendo la televisión o hablando.

Menos de 4 horas	4-5 horas	6-7 horas	8-9 horas	10-11 horas	12-13 horas	14-15 horas	16 ó más horas
1	2	3	4	5	6	7	8

13. Durante un día y una noche normal, ¿cuántas horas duerme o se acuesta Ud.? No olvide incluir el tiempo que pasa acostada durmiendo o intentando dormir, o sus siestas o tiempos de descanso, o el tiempo que pasa acostada viendo la televisión.

Menos de 4 horas	4-5 horas	6-7 horas	8-9 horas	10-11 horas	12-13 horas	14-15 horas	16 ó más horas
1	2	3	4	5	6	7	8

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

6451

Las siguientes preguntas corresponden al café, té gaseosas y bebidas alcohólicas que Ud. acostumbra tomar.

14. Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tomó Ud. estas bebidas? (Marque una por cada bebida.) (Para un café tamaño grande o doble, marque 2 tazas.)

	Nunca o menos de 1 por mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6 ó mas por día
14.1. Café cafeinado, ya sea instantáneo o de gota (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.2. Otro café cafeinado, tal como colado, espresso o café con leche <i>latté</i> (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.3. Café descafeinado, ya sea instantáneo o café de gota filtrado (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.4. Otro café descafeinado, ya sea filtrado, espresso o café con leche <i>latté</i> (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.5. Té regular (no descafeinado) (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.6. Té descafeinado (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.7. Gaseosas con cafeína (por ejemplo Coke®, Diet Pepsi®, Dr. Pepper®, Mountain Dew®) (lata de 12 oz.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.8. Gaseosas sin cafeína (por ejemplo Sprite®, 7-Up®, Diet Sprite®) (lata de 12 oz.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Siga adelante a la próxima página.

15. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tomado Ud. alguna bebida que haya contenido alcohol?

1 Sí

0 No

→ **Siga adelante a la próxima página.**

15.1. Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas que hayan contenido alcohol?

1 Una por mes o menos

4 3-4 días por semana

2 2-3 días por mes

5 5-6 días por semana

3 1-2 días por semana

6 Cada día o más o menos casa día

15.2. En los últimos 3 meses, en los días que tomó, ¿cuántas bebidas acostumbró tomar por día? (Considere una bebida como un vaso de cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 4 onzas, o un trago [1 1/4 oz.] de licor)

1 1 bebida

5 6-7 bebidas

2 2 bebidas

6 8-9 bebidas

3 3 bebidas

7 10-11 bebidas

4 4-5 bebidas

8 12 ó más bebidas

15.3. En los últimos 3 meses, en los días que tomó, ¿cuántas de las bebidas que tomó no eran con alguna comida principal (no al almuerzo ni a la cena)?

0 Ninguno

5 6-7 tragos

1 1 trago

6 8-9 tragos

2 2 tragos

7 10-11 tragos

3 3 tragos

8 12 ó más tragos

4 4-5 tragos

15.4. ¿Bebe Ud. más de lo normal cuando hay alguna ocasión especial?

0 No

1 Sí

15.5. ¿Con qué frecuencia?

1 Menos de una vez por mes

2 Una vez por mes

3 2-3 veces por mes

4 Una vez ó más por semana

↓
Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

6451

16. Durante los últimos 3 años, ¿ha cambiado Ud. sus hábitos de tomar alcohol?

0 No 1 Sí

16.1. ¿En qué forma ha cambiado Ud. en la forma que bebe alcohol? Ha:

- 1 Dejado de tomar
- 2 Reducido la cantidad que toma
- 3 Aumentado la cantidad que toma
- 4 Comenzado a tomar

16.2. ¿Porque ocurrió dicho cambio? (**Marque sólo una.**)

- 1 Preocupaciones sobre salud actual o pasada
- 2 Preocupaciones sobre salud en el futuro
- 8 Otro

Las siguientes preguntas son acerca del uso de tabaco (si Ud. fuma).

17. ¿Fuma Ud. cigarillos?

0 No 1 Sí

17.1. ¿Cuántos cigarillos suele fumar por día? (**Marque sólo una.**)

- 1 Menos de 5
- 2 5-14
- 3 15-24
- 4 25-34
- 5 35-44
- 6 45 ó más

18. ¿Vive alguien con Ud. actualmente que fume cigarillos regularmente dentro de su casa?

0 No 1 Sí

18.1. Favor de marcar cada persona con quien vive Ud. que actualmente fumen cigarillos regularmente dentro de su casa: (**Marque todas las que correspondan.**)

- 1 Esposo o cónyuge
- 2 Hijo(s) o hija(s)
- 3 Otros

19. ¿Actualmente trabaja Ud. en un lugar donde se fuma?

0 No 1 Sí

Siga adelante a la próxima página.

Las siguientes preguntas corresponden a su salud y su cuidado médico.

20. ¿Tiene Ud. algún médico, enfermera, asistente médico o clínica que le da a Ud. su cuidado médico normal?

0 No

1 Sí

20.1. ¿Cuándo visitó Ud. a esta clínica o persona? **(Calcule lo mejor que puede.)**

1 En los últimos tres meses

3 7-Hace ya 12 meses

2 Hace ya 4-6 meses

4 Hace más de un año

20.2. ¿Ha cambiado en los últimos 3 años su proveedor médico?

0 No

1 Sí

21. ¿Actualmente tiene Ud. seguro médico? Esto incluye seguro privado prepagado, tal como las Organizaciones de Mantenimiento de Salud, reconocido por las siglas Inglesas HMO, u otro seguro privado, Medicare, Medicaid (incluso Asistencia Médica Estatal o Medi-Cal), or cuidado médico Militar o para Veteranos.

0 No

1 Sí

21.1. En la siguiente lista, ¿cuál sería la mejor forma de describir los médicos y hospitales que su seguro médico actual cubre? **(Marque sólo uno.)**

1 Los beneficios son los mismos para cualquier médico u hospital que yo elija.

2 Me permiten usar cualquier médico u hospital, pero pagaré más por los que no aparecen en la lista (o que se identifiquen en el plan).

3 Para que los cobros médicos sean pagados, es necesario que yo use únicamente los médicos y hospitales en la lista (o que se identifiquen en el plan).

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

6451

22. ¿Actualmente tiene Ud. alguno de los siguientes tipos de seguro médico? (Favor de responder por cada tipo de seguro en la lista.)

22.1. ¿Seguro prepago, por ejemplo alguna Organización de Mantenimiento de Salud, concido por las siglas Inglesas HMO, Kaiser Permanente ú otro plan de grupo tipo *Group Health*?

No
0

Sí
1

22.2. ¿Quién paga el seguro? (Marque todas las que correspondan.)

- 1 Mi trabajo o el trabajo de mi cónyuge paga el costo.
- 2 Yo pago el costo
- 3 Medicare

22.3. ¿Se paga por otro seguro privado, tal como la Blue Cross, Aetna, etc.?

No
0

Sí
1

22.4. ¿Quién paga el seguro? (Marque todas las que correspondan.)

- 1 Mi trabajo o el trabajo de mi cónyuge paga el costo.
- 2 Yo pago el costo

22.5. ¿Medicare?

No
0

Sí
1

22.6. ¿Tiene Ud. algún seguro adicional que suplemente sus beneficios de Medicare?

- 0 No
- 1 Sí

22.7. ¿Medicaid, incluso Asistencia Médica Estatal (por ejemplo, Medi-Cal)?

No
0

Sí
1

22.8. ¿Patrocinado por el Militar o por los Veteranos?

No
0

Sí
1

22.9. ¿Otro?

No
0

Sí
1

Siga adelante a la próxima página.

El siguiente grupo de preguntas son sobre hormonas femeninas (estrógeno o progesterona) que Ud. podría haber estado tomando durante el pasado año. El uso de hormonas por las mujeres ha estado cambiando – estas preguntas nos ayudan a entender los modelos que Ud. usa.

La pregunta 23 es sobre hormonas naturales que Ud. consigue sin receta médica.

23. Durante el año pasado, ¿tomó Ud. cualquier hormona "natural" que puede conseguir sin receta médica? Éstas proceden normalmente de plantas y con frecuencia se obtienen en tiendas de alimentos naturales o por correo. Pueden ser en forma de píldora, supositorio o crema vaginal, crema para la piel, o alimentos enriquecidos por soja.

- 0 No
 9 No sé

1 Sí

23.1. Durante el año pasado, ¿qué tipo de hormonas "naturales" tomó Ud.? (No incluir las preparaciones hormonales que requieran receta médica.) (Marque todas las que correspondan.)

- | | |
|--|--|
| 1 Crema de "camote/ñame silvestre" | 5 Píldoras o polvo de Fitoestrógeno (soja o lino) |
| 2 Píldoras de "camote/silvestre" | 6 Cremas de Fitoestrógeno (soja o lino) |
| 10 Crema de progesterona | 7 Alimentos enriquecidos por phytoestrógeno (tofú, soja) |
| 3 Supositorios de progesterona | 8 Otro (Especifique: _____) |
| 4 Píldoras DHEA (desludioepiandosterona) | 9 No sé |

La pregunta 24 corresponde al tratamiento de la osteoporosis que consigue con una receta médica.

24. Durante el año pasado, ¿ha utilizado Ud. Fosamax, (alendronate) o Calcitonin?

- 0 No
 9 No sé

1 Sí

24.1. ¿Cuales? (Marque todas las que correspondan.)

- 1 Alendronate (Fosamax)
2 Calcitonin (Miacalcin)
9 No sé

Siga adelante a la próxima página.

La pregunta 25 corresponde al tratamiento que Ud. recibe con receta médica, para reemplazar hormonas sin el uso de estrógeno.

25. Durante el año pasado, ¿uso Ud. alguno de los tratamientos recetados que no contienen estrógeno para reemplazar hormonas? Dichos tratamientos pueden ser recetados para la prevención de osteoporosis o cáncer del pecho y de vez en cuando se les llama "estrógenos diseñados" o estrógeno selectivo selectivo estrogen receptor modulators (SERMs). Un par de ejemplos serían las marcas Evista (Raloxifene) y Nolvadex (Tamoxifen).

No
 No sé

Sí

25.1. Durante el año pasado, ¿qué tipo de tratamiento tomó Ud. para reemplazar hormonas pero que no contiene estrógeno? (Marque todas las que correspondan.)

- 1 Evista (Raloxifene)
 2 Nolvadex (Tamoxifen)
 8 Otro (Especifique: _____)
 9 No sé

Las siguientes preguntas (26-30) corresponden a las hormonas femeninas que Ud. recibe con receta médica.

26. Durante el pasado año, ¿tomó hormonas femeninas (ESTRÓGENO o PROGESTERONA [conocida también por el nombre PROGESTINA]) recetadas por un doctor? (Esto podría haber sido en forma de píldora, parche cutáneo, inyección, o crema o supositorio vaginal.)

Sí

No
 No sé

→ Pase a la pregunta
31 en la página 16

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

6451

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

0 No
9 No sé

1 Sí

27.1. Durante el pasado año, ¿cuántos mese tomó las PÍLDORAS o PARCHES de hormonas femeninas COMBINADAS que contenían tanto ESTRÓGENO como PROGESTERONA?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

27.2. ¿Cuál de las combinaciones usó por más tiempo?

1 Prempro

3 Premphase

2 CombiPatch

8 Otro (Especifique: _____)

28. Durante el pasado año, ¿tomó Ud. PÍLDORAS o PARCHES de hormonas femeninas recetadas por un doctor que contenían tanto ESTRÓGENO como TESTOSTERONA COMBINADAS en la misma píldora, (por ejemplo: Estratest)?

0 No
9 No sé

1 Sí

28.1. Durante el pasado año, ¿cuántos meses tomó las píldoras de hormonas femeninas COMBINADAS que contenían tanto ESTRÓGENO como TESTOSTERONA?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

28.2. Durante el pasado año, ¿qué tipo de píldora COMBINADA de ESTRÓGENO y TESTOSTERONA tomó Ud. durante más tiempo?

1 Estratest

8 Otro (Especifique: _____)

2 Estratest HS

9 No sé

Siga adelante a la próxima página.

29. Durante el año pasado, ¿usó Ud. cualquier tipo de píldora, parche, crema o inyecciones de ESTRÓGENO (que no hayan sido de las combinaciones que aparecen en las Preguntas 27 y 28)?

1 Sí

0 No

9 No sé

→ **Pase a la pregunta 30
en la próxima página.**

29.1. ¿Usó Ud. alguna píldora de estrógeno?

0 No

1 Sí

29.2. ¿Por cuántos meses tomó las píldoras de estrógeno?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

29.3. ¿Qué tipo de píldora fue? (Si tomó más de una, **marque la que haya tomado por más tiempo.**)

1 Premarin o estrógeno equino conjugado

2 Estrace or estradiol

3 Ogen o estropipate

4 Estrógeno estratab o esterified

8 Otro (Especifique: _____)

9 No sé

29.4. ¿Usó Ud. algún parche de estrógeno?

0 No

1 Sí

29.5. ¿Por cuántos meses usó el parche?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

29.6. ¿Usó Ud. alguna crema de estrógeno?

0 No

1 Sí

29.7. ¿Por cuántos meses usó la crema?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

29.8. ¿Le dieron inyecciones de estrógeno?

0 No

1 Sí

29.9. ¿Por cuántos meses le dieron las inyecciones?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

6451

La pregunta 30 es acerca de productos que contienen sólo la hormona **PROGESTERONA** (progestina).

30. Durante el año pasado, ¿usó Ud. cualquier tipo de píldora, parche, crema o inyecciones de **PROGESTERONA** o **PROGESTINA**? (que no hayan sido de las combinaciones que aparecen en la Pregunta 27.)

1 Sí

0 No

9 No sé

→ **Pase a la pregunta 31
en la próxima página.**

30.1. ¿Tomó una píldora o cápsula de progesterona o progestina?

0 No

1 Sí

30.2. ¿Por cuántos meses tomó la píldora o cápsula?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

30.3. ¿Cuál tomó (**Marque el que haya tomado por más tiempo si usó más de uno**)?

1 Provera, Cycrin, Amen, o Medroxyprogesterone Acetate (MPA)

3 Prometrium o Progesterona micronizada

8 Otro (Especifique: _____)

9 No sé

30.4. ¿Por cuántos días del mes lo tomó?

1 Menos de 1 día

4 13-18 días

2 1-9 días

5 19-27 días

3 10-12 días

6 28 días ó más

30.5. ¿Tomó una crema de progesterona o progestina?

0 No

1 Sí

30.6. ¿Por cuántos meses tomó la crema de progesterona o progestina?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

30.7. ¿Le dieron inyecciones de progesteróna o progestína?

0 No

1 Sí

30.8. ¿Por cuántos meses le dieron las inyecciones de progesteróna o progestína?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

Siga adelante a la próxima página.

La siguiente pregunta corresponde a su condición médica durante el pasado año.

31. Durante el pasado año, ¿le ha dicho algún médico que Ud. padece de alguna de las siguientes condiciones? (Favor de marcar una respuesta por cada condición.)

	No	Sí
31.1. Catarata(s)	0	1
31.2. Degeneración macular de la retina	0	1
31.3. Asma	0	1
31.4. Enfisema o bronquitis crónica	0	1
31.5. Insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva	0	1
31.6. Angina (dolores en el pecho debidos al corazón)	0	1
31.7. Fibrilación atrial	0	1
31.8. Piedras en el riñón o en la vejiga (cálculos renales o urinarios)	0	1
31.9. Diálisis por insuficiencia renal o de los riñones	0	1
31.10. Úlcera estomacal o duodenal	0	1
31.11. Diverticulitis	0	1
31.12. Pancreatitis (inflamación del páncreas)	0	1
31.13. Enfermedad del hígado (hepatitis crónica activa, cirrosis, o ictericia)	0	1
31.14. Hipertiroidismo	0	1
31.15. Hipotiroidismo	0	1
31.16. Enfermedad de Alzheimer	0	1
31.17. Esclerosis Múltiple	0	1
31.18. Enfermedad de Parkinson	0	1
31.19. Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, enfermedad de la neurona motora, o enfermedad de Lou Gehrig)	0	1

32. ¿Ha padecido algún pariente biológico (ya sea madre, padre, hermana o hermano) de la enfermedad de Alzheimer's o demencia presenil?

0 No 1 Sí →



32.1. ¿Cual pariente? (Favor de marcar todas las que correspondan.)

1 Madre

3 Cualquier hermano

2 Padre

4 Cualquier hermana

Siga adelante a la próxima página.



6451

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

Las siguientes preguntas son acerca su estado de vida actual.

33. ¿Qué trabajo hace Ud. actualmente? (Marque el que mejor la describa. Si más de una de las respuestas corresponde a Ud., márquelas.)

- 1 No trabajo
- 2 Jubilada
- 3 Ama de casa criando hijos u otros
- 4 Trabajo (tiempo fijo o tiempo parcial)
- 5 Incapacitada sin poder trabajar
- 8 Otro (Especifique: _____)

34. ¿Cuál es su estado civil actual? (Marque el que mejor la describa.)

Nunca me
ha casado

1

Divorciada
o separado

2

Viuda

3

Casada
actualmente

4

Viviendo como si estuviera
casada (unión libre)

5

34.1. ¿Qué trabajo hace su esposo o conyugue?
(Marque sólo una. Si más de una de las
respuestas corresponde a Ud., márquelas.)

- 1 No trabaja
- 2 Jubilado
- 3 Amo de casa criando hijos u otros
- 4 Trabaja (tiempo fijo o tiempo parcial)
- 5 Incapacitado sin poder trabajar
- 8 Otro (Especifique: _____)

Siga adelante a la próxima página.

Las siguientes preguntas corresponden a la situación económica de su familia. Los estudios enseñan que las dificultades económicas son muy comunes y que es importante tomarlas en cuenta para mejor entender la salud de la mujer. La siguiente información sirve en gran forma para describir como un grupo a las mujeres del estudio y se mantendrá altamente confidencial. Como siempre, el responder a las siguientes preguntas es completamente voluntario y si desea no contestarlas, no le afectará en absoluto su participación en el programa de La Mujer y su Salud, WHI.

35. Incluyendose a sí misma, ¿cuántas personas viven en su hogar como miembros de la familia? (personas que Ud. cría o que contribuyen al bien de su familia.)

Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más
1	2	3	4	5

- 35.1. ¿Cuántas de estas personas son menores de 18 años?

Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más
0	1	2	3	4	5

- 35.2. ¿Cuántas de estas personas tienen de 18 a 64 años de edad? (incluyendose Ud. misma)

Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más
0	1	2	3	4	5

- 35.3. ¿Cuántas de estas personas tienen 65 años de edad o más? (incluyendose Ud. misma)

Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más
0	1	2	3	4	5

Siga adelante a la próxima página.



6451

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

36. Durante el pasado año, ¿cuánto ganó la familia (salario antes de deducir impuestos) en todos los oficios y todas las entradas que existan? (incluya salarios, seguro social, pensión y asistencia pública) **(Marque el uno que sea su mejor adivinación.)**

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1 Menos de \$7,000 | 8 \$30,000 a \$34,999 |
| 2 \$7,000 a \$9,999 | 9 \$35,000 a \$49,999 |
| 3 \$10,000 a \$11,999 | 10 \$50,000 a \$74,999 |
| 4 \$12,000 a \$15,999 | 11 \$75,000 a \$99,999 |
| 5 \$16,000 a \$19,999 | 12 \$100,000 a \$149,999 |
| 6 \$20,000 a \$24,999 | 13 \$150,000 ó más |
| 7 \$25,000 a \$29,999 | 99 No sé |

36.1. Si perdiera Ud. la entrada o salarios que indicó Ud. anteriormente en la pregunta 36, ¿por cuánto tiempo podría seguir viviendo en la su casa y en la forma que vive actualmente? **(Marque el que sea su mejor adivinación.)**

- | | |
|------------------|----------------|
| 1 Menos de 1 mes | 4 7 a 12 meses |
| 2 1 a 2 meses | 5 Más de 1 año |
| 3 3 a 6 meses | |

37. En total, ¿cuánto dinero tiene su familia, ya sea en ahorros, ganancias, planes de retiro y pensión y propiedad, tomando en parte todas las fuentes que existan en su familia? (Tome en cuenta el valor total de su casa y automóviles, menos lo que aún se debe.) **(Marque el que sea su mejor adivinación.)**

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1 Menos que \$500 | 6 \$50,000 a \$99,999 |
| 2 \$500 a \$4,999 | 7 \$100,000 a \$199,999 |
| 3 \$5,000 a \$9,999 | 8 \$200,000 a \$499,999 |
| 4 \$10,000 a \$24,999 | 9 \$500,000 ó más |
| 5 \$25,000 a \$49,999 | 99 No sé |

38. ¿Cuánto debe su familia, ya sea en tarjetas de crédito, gastos médicos o legales, y préstamos bancarios o personales? (No tome en cuenta la hipoteca de su hogar o préstamos para automóviles.) **(Marque el que sea su mejor adivinación.)**

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1 Menos que \$2,000 | 5 \$20,000 a \$49,999 |
| 2 \$2,000 a \$4,999 | 6 \$50,000 a \$99,999 |
| 3 \$5,000 a \$9,999 | 7 \$100,000 ó más grande |
| 4 \$10,000 a \$19,999 | 9 No sé |

Siga adelante a la próxima página.

39. En cualquiera de los últimos 3 años, ¿se le ha hecho difícil cumplir con sus deudas? (ya sea el pagar la renta, comprar alimentos, o pagar sus otras necesidades.) (Marque uno por cada período de tiempo.)

	No	Sí
39.1. hace 1 año	0	1
39.2. hace 2 años	0	1
39.3. hace 3 años	0	1

40. Comparado a este año, ¿cree Ud. que su situación económica estuvo mejor, igual o peor que en cualquiera de los últimos 3 años que aparece en esta lista? (Marque uno para período de tiempo.)

	Mejor que hora	Igual que hora	Peor que hora
40.1. hace 1 año	1	2	3
40.2. hace 2 años	1	2	3
40.3. hace 3 años	1	2	3

41. ¿Cuál de los siguientes describe bien la forma en que se alimentó su familia durante el pasado año?

- 1 Tuvimos bastante que comer y comimos lo que deseamos comer.
- 2 Tuvimos bastante que comer pero NO SIEMPRE lo que deseamos comer.
- 3 A veces no tuvimos lo suficiente qué comer.
- 4 Muy seguido no tuvimos lo suficiente qué comer.

42. Más abajo, aparecen varios programas que asisten en suplirles alimentos, tanto a persona individuales como a familias enteras. Por favor, indique todos los programas que haya utilizado Ud. u otros individuos en su hogar durante cualquier parte del pasado año.

- 0 Ninguno
- 1 La organización "Meals on Wheels"
- 2 Alimentos gratuitos o de costo reducido para personas ancianas.
- 3 Alimentos gubernamentales
- 4 Estampillas "Food stamps", almuerzos escolares gratuitos o de precios reducidos, El programa "WIC" (Que da de comer a Mujeres, Infantes y Niños), o una comida gratis o de precio reducido dónde se da cuidado infantil o en cualquier oficina de la organización "Head Start"
- 5 Cupones para alimentos en la forma de las organizaciones "Community Food Bank" o "Pantry"

Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado.

* U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:2003-589-322/40017



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

6451