

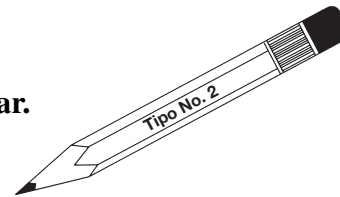


Formulario 149S - Suplemento para el Cuestionario de Seguimiento OS

Ver. 1
OMB #0925-0414 Exp: 4/06

INSTRUCCIONES SOBRE COMO RESPONDER

- Solamente utilice un lápiz tipo No. 2.
- Marque completamente negro el óvalo que pertenece a la respuesta que Ud. elige.
- Borre completamente cualquier repuesta que desea cambiar.
- No haga marcas o rayas adicionales en este formulario.



CORRECTA



MARCAS INCORRECTAS



- Cuando las preguntas se contestan con un número, le pedimos que escriba el numero en la caja que aplique. Entonces, marque el ovalo que le corresponda, a la derecha.

Por ejemplo: ¿Cuántos años tiene?

7 | 5

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 checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar unos 5 minutos por cada respuesta, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, investigar las fuentes de datos que existen actualmente, coleccionar y mantener los datos necesarios, y completar y repasar el cuestionario. A ninguna agencia se le permitirá llevar o patrocinar una serie de datos colectivos, a menos que aparezca el número de control OMB válido; y al igual a ninguna persona se le requiere responder a lo mismo. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias sobre como reducir esta labor, al siguiente: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0414). Favor de no enviar este cuestionario completado a dicha dirección.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

S _____

1. Date Received:

Month	Day	Year		

M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
D	10	20	30									
Y	04	05	06	07								

2. Reviewed By:

--	--	--

100	200	300						
10	20	30	40	50	60	70	80	90
1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. Contact Type:

- 1 Phone
- 2 Mail
- 3 Visit
- 8 Other

4. Form Administration:

- 1 Self
- 2 Group
- 3 Interview
- 4 Assistance

5. Language:

- E
- S

AFFIX LABEL BETWEEN LINES

BAR CODE HERE

<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"/>	<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"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

SERIAL #

Por favor, no haga ninguna marca en esta area



La primera pregunta corresponden a sus responsabilidades actuales como proveedora de cuidado ajeno.

1. ¿Está usted ayudando con regularidad por lo menos a un pariente o amigo(a) enfermo(a), limitado(a), o débil?

No → **Siga adelante a la próxima página.**

Sí

1.1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ayudó Ud. a esta amistad o pariente?

Menos de una vez por semana	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	5 ó más veces por semana
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Siga adelante a la próxima página.

Más abajo aparece una lista de ciertos incidentes graves que a veces nos ocurren en la vida. Trate por favor de repasar este año pasado en su mente y recuerde si algunas de estas cosas sucedieron. Marque la respuesta que le parezca la mejor.

Durante el año pasado:	No	Sí, y me alteró:		
		No mucho	Moderadamente (A medias)	Mucho
2.1. ¿Se le murió una pareja o cónyuge?	0	1	2	3
2.2. ¿Tuvo una enfermedad grave una pareja cónyuga?	0	1	2	3
2.3. ¿Tuvo una enfermedad grave o murió alguna amistad o pariente suyo (que no fue su pareja o cónyuge)?	0	1	2	3
2.4. ¿Tuvo Ud. algún problema económico grave?	0	1	2	3
2.5. ¿Se divorció Ud. o se separó de su pareja o cónyuge?	0	1	2	3
2.6. ¿Se divorció o separó algún pariente suyo?	0	1	2	3
2.7. ¿Tuvo Ud. algún pleito serio con sus hijos o nietos?	0	1	2	3
2.8. ¿Tuvo Ud. algún accidente serio, desastre, asalto, incidente sexual no deseado, robo, o incidentes semejantes?	0	1	2	3
2.9. ¿Se jubiló o perdió su Ud. trabajo o algún pariente o amistad íntima?	0	1	2	3
2.10. ¿Sufrió Ud. algún abuso físico a manos de un pariente o amistad que le pegó, abofeteó, empujó, atropelló, golpeó o amenazó con una arma?	0	1	2	3
2.11. ¿Sufrió Ud. algún abuso verbal de un pariente o amistad que le dijo que Ud. era estúpida o que no valía nada, o que la burló o criticó gravemente, o amenazó hacerle daño a Ud. o a su propiedad o a sus mascotas?	0	1	2	3
2.12. ¿Murió alguna mascota suya?	0	1	2	3

Siga adelante a la próxima página.

SERIAL #

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

La siguiente preguntas corresponde a su historial médico y a su uso de medicación para perder peso.

3. ¿Alguna vez le han diagnosticado algún cáncer del pecho?

No

No sé

Sí

3.1. ¿A qué edad fue Ud. diagnosticada?

años de edad

10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. Durante el año pasado, ¿ha tomado Ud., por un período de por lo menos dos meses, las siguientes medicaciones recetadas para perder peso?

4.1. Meridia (Sibutramine) No Sí

4.2. Xenical (Orlistat) No Sí

4.3. Phentermine (Fastin) No Sí

4.4. Otros medicamentos recetados para perder peso No Sí

(Especifique: _____)

_____)

Siga adelante a la próxima página.

- Las siguientes preguntas corresponden al lugar donde nacieron sus padres. Se refiere a los padres que la criaron, no importa que hayan sido sus padres biológicos o no. Si usted no sabe exactamente cómo responder a la pregunta, dé la mejor respuesta posible.

5. ¿Nació su madre en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos?

① En los Estados Unidos

② Fuera de los Estados Unidos

5.1. ¿En qué región?

① El Noreste

(Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, Washington DC, West Virginia)

② El Sur

(Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, or Texas)

③ El Centro del País

(Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, North Dakota, Ohio, South Dakota, Wisconsin)

④ El Oeste

(Alaska, Arizona, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Utah, Washington, Wyoming)

5.2. ¿En qué país?

① Canadá

② Europa

③ Europa Oriental

④ El Medio Oriente o África del Norte

⑤ África (No incluyendo África del Norte)

⑥ El Caribe o Las Antillas

⑦ México

⑧ Centro América o Sur América

⑨ Cuba

⑩ Puerto Rico

⑪ La China

⑫ El Japón

⑬ Asia del Sudeste

⑭ Australia y Oceanía

⑧⑧ Otro

5.3. ¿Fue ésta su madre biológica (o sea, la que le dio nacer)?

① No

② Sí

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

6. ¿Nació su padre en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos?

① En los Estados Unidos

② Fuera de los Estados Unidos

6.1. ¿En qué región?

① El Noreste

(Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, Washington DC, West Virginia)

② El Sur

(Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, or Texas)

③ El Centro del País

(Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, North Dakota, Ohio, South Dakota, Wisconsin)

④ El Oeste

(Alaska, Arizona, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Utah, Washington, Wyoming)

6.2. ¿En qué país?

① Canadá

② Europa

③ Europa Oriental

④ El Medio Oriente o África del Norte

⑤ África (No incluyendo África del Norte)

⑥ El Caribe o Las Antillas

⑦ México

⑧ Centro América o Sur América

⑨ Cuba

⑩ Puerto Rico

⑪ La China

⑫ El Japón

⑬ Asia del Sudeste

⑭ Australia y Oceanía

⑧⑧ Otro

6.3. ¿Fue ésta su padre biológica (o sea, no un padre adoptivo)?

① No

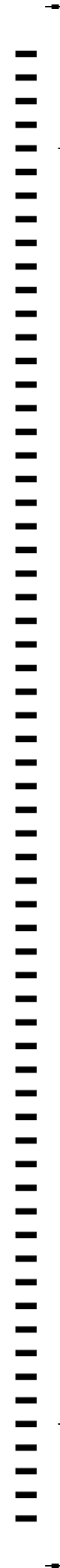
② Sí

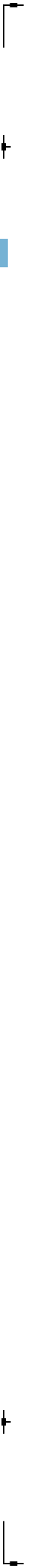
Siga adelante a la próxima página.

SERIAL #
Por favor, no haga ninguna marca en esta area

Gracias.

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





* U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:2004-689-279/40020

Serial number input field consisting of a row of circles, with the first one highlighted by a blue square.

SERIAL #

Por favor, no haga ninguna marca en esta area

