

CONDICIONES CRÓNICAS (CC)

*CC1.	SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
*CC1a. Las siguientes preguntas se refieren a problemas de salud que pueda haber tenido durante los últimos doce meses. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes: artritis o reumatismo? (FRASE CLAVE: artritis o reumatismo)	1	5	8	9
*CC1b. ¿Problemas crónicos de la espalda o cuello? (FRASE CLAVE: problemas de la espalda o cuello)	1	5	8	9
*CC1c. ¿Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes? (FRASE CLAVE: dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes)	1	5	8	9
*CC1d. ¿Cualquier otro dolor crónico? (FRASE CLAVE: cualquier otro dolor crónico)	1	5	8	9
*CC1e. ¿Alergias que cambian con las estaciones como fiebre del heno? (FRASE CLAVE: alergias estacionales (alergias que cambian con las estaciones))	1	5	8	9
*CC1f. ¿Un derrame cerebral? (FRASE CLAVE: derrame cerebral)	1	5	8	9
*CC1g. ¿Un ataque al corazón? (FRASE CLAVE: ataque al corazón)	1	5	8	9
*CC1h. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que tiene alguna de las siguientes enfermedades? ¿Enfermedades cardíacas o del corazón? (FRASE CLAVE: enfermedades cardíacas o del corazón)	1	5	8	9
*CC1i. ¿Presión alta? (FRASE CLAVE: Presión alta)	1	5	8	9
*CC1j. ¿Asma? (FRASE CLAVE: asma)	1	5	8	9
*CC1k. ¿Tuberculosis? (FRASE CLAVE: tuberculosis)	1	5	8	9
*CC1l. ¿Cualquier otra enfermedad pulmonar crónica como enfisema? (FRASE CLAVE: enfermedad pulmonar crónica)	1	5	8	9
*CC1n. ¿Diabetes o azúcar en la sangre? (FRASE CLAVE: diabetes o azúcar en la sangre)	1	5	8	9
*CC1o. ¿Úlcera de estómago o intestinal? (FRASE CLAVE: úlcera)	1	5	8	9
*CC1r. ¿SIDA o infección por VIH? (FRASE CLAVE: infección por VIH)	1	5	8	9
*CC1s. ¿Epilepsia o convulsiones? (FRASE CLAVE: epilepsia o convulsiones)	1	5	8	9

*CC1t. ¿Cáncer? (FRASE CLAVE: cáncer)	1	5	8	9
--	---	---	---	---

***CC2.** INSTRUCCIÓN PARA EL ENTREVISTADOR: (VER SERIE *CC1a - *CC1t)
CIRCULAR LAS CONDICIONES CITADAS EN LA SERIE *CC1a - *CC1t EN LA COLUMNA IZQUIERDA SIGUIENTE Y EN LAS DOS PÁGINAS SIGUIENTES. A CONTINUACIÓN, FORMULAR LAS PREGUNTAS A LA DERECHA EN SECUENCIA, Y DE UNA EN UNA. SI NO SE HAN INDICADO NINGUNA DE LAS CONDICIONES, PASE A *CC6.1.

	*CC3. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo (DX)?	*CC4. ¿Tiene todavía (DX) o recibió tratamiento para este(os) en algún momento durante los últimos 12 meses?			
		SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
ARTRITIS O REUMATISMO	*CC3a. _____ AÑOS NS..... 998 RH..... 999				
PROBLEMAS DE ESPALDA O CUELLO	*CC3b. _____ AÑOS NS..... 998 RH..... 999	*CC4b. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1
DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O MUY FUERTES	*CC3c. _____ AÑOS NS..... 998 RH..... 999	*CC4c. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1
(CUALQUIER OTRO) DOLOR CRÓNICO	*CC3d. _____ AÑOS NS..... 998 RH..... 999	*CC4d. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1
ALERGIAS ESTACIONALES (alergias que cambian con las estaciones)	*CC3e. _____ AÑOS NS..... 998 RH..... 999	*CC4e. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1
DERRAME CEREBRAL	*CC3f. _____ AÑOS NS..... 998 RH..... 999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1				

	*CC3. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo (DX)?	*CC4. ¿Tiene todavía (DX) o recibió tratamiento para este(os) en algún momento durante <u>los últimos doce meses</u> ??			
		SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
ATAQUE AL CORAZÓN	*CC3g. _____ AÑOS NS 998 RH 999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1				
ENFERMEDADES CARDÍACAS	*CC3h. _____ AÑOS NS 998 RH 999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1				
PRESIÓN ALTA	*CC3i. _____ AÑOS NS 998 RH 999	*CC4i. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1
ASMA	*CC3j. _____ AÑOS NS 998 RH 999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1				
TUBERCULOSIS	*CC3k. _____ AÑOS NS 998 RH 999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	*CC4k. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1

<p>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</p>	<p>*CC3L.</p> <hr/> <p>AÑOS</p> <p>NS 998</p> <p>RH 999</p> <p>PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1</p>	
--	---	---

	*CC3. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo (DX)?	*CC4. ¿Tiene todavía (DX) o recibió tratamiento para este(os) en algún momento durante los <u>últimos doce meses</u> ?			
		SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
DIABETES O AZÚCAR EN SANGRE	*CC3n. _____ AÑOS NS998 RH.....999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	*CC4n. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1
(UNA/LA) ÚLCERA	*CC3o. _____ AÑOS NS998 RH.....999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	*CC4o. 1 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	5 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	8 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1	9 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1
VIH (INFECCIÓN)	*CC3r. _____ AÑOS NS998 RH.....999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1				
EPILEPSIA O CONVULSIONES	*CC3s. _____ AÑOS NS998 RH.....999 PASE A *CC3 A PRÓXIMO DX O A *CC6.1				
CÁNCER	*CC3t. _____ AÑOS NS998 RH.....999 PASE A *CC6				

*CC6. Actualmente, ¿está usted en tratamiento para su cáncer, en remisión o ya se curó?

TRATAMIENTO..... 1
REMISIÓN 2
CURADO..... 3
NO SABE 8
REHÚSA 9

*CC6.1 Durante los últimos doce meses, ¿tuvo usted un accidente, lesión o envenenamiento/intoxicación que haya requerido atención médica?

SÍ.....1
NO.....2
NO SABE8
REHÚSA9

*CC7. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC1a, *CC1f, *CC1g, *CC1h, *CC1j, *CC1l, *CC1r, *CC1s, *CC1t, *CC4b, *CC4c, *CC4d, *CC4e, *CC4i, *CC4k, *CC4n, *CC4o, *CC6, *CC6.1)

*CC1a EQUALS '1' OR *CC1f EQUALS '1' OR *CC1g EQUALS '1' OR
*CC1h EQUALS '1' OR *CC1j EQUALS '1' OR *CC1l EQUALS '1' OR
*CC1r EQUALS '1' OR *CC1s EQUALS '1' OR *CC1t EQUALS '1' OR
*CC4b EQUALS '1' OR *CC4c EQUALS '1' OR *CC4d EQUALS '1' OR
*CC4e EQUALS '1' OR *CC4i EQUALS '1' OR *CC4k EQUALS '1' OR
*CC4n EQUALS '1' OR *CC4o EQUALS '1' OR *CC6 EQUALS '1' OR
*CC6.1 EQUALS '1'1
ALL OTHERS2 PASE A*CC13

***CC8.** INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC1a, *CC1f, *CC1g, *CC1h, *CC1j, *CC1l, *CC1r, *CC1s, *CC1t, *CC4b, *CC4c, *CC4d, *CC4e, *CC4i, *CC4k, *CC4n, *CC4o, *CC6, *CC6.1)

CUENTE LA CANTIDAD DE CONDICIONES DEL ENTREVISTADO.

PASO 1. HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DEL NÚMERO EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA A CONTINUACIÓN. LA COLUMNA DE LA DERECHA LE DA EL NÚMERO DE LA CONDICIÓN ASIGNADA AL AZAR.

TOTAL DE CONDICIONES INFORMADAS	CONDICIÓN AL AZAR
1	1
2	(al azar b/w 1-2)
3	(al azar b/w 1-3)
4	(al azar b/w 1-4)
5	(al azar b/w 1-5)
6	(al azar b/w 1-6)
7	(al azar b/w 1-7)
8	(al azar b/w 1-8)
9	(al azar b/w 1-9)
10	(al azar b/w 1-10)
11	(al azar b/w 1-11)
12	(al azar b/w 1-12)
13	(al azar b/w 1-13)
14	(al azar b/w 1-14)
15	(al azar b/w 1-15)
16	(al azar b/w 1-16)
17	(al azar b/w 1-17)
18	(al azar b/w 1-18)
19	(al azar b/w 1-19)
20	(al azar b/w 1-20)
21	(al azar b/w 1-21)
22	(al azar b/w 1-22)

PASO 2. ANOTE LA FRASE CLAVE PARA LA CONDICIÓN ASIGNADA AL AZAR: (VÉASE *CC1a, *CC1f, *CC1g, *CC1h, *CC1j, *CC1l, *CC1r, *CC1s, *CC1t, *CC4b, *CC4c, *CC4d, *CC4e, *CC4i, *CC4k, *CC4n, *CC4o, *CC6, *CC6.1)

*CC9. Las siguientes preguntas se refieren a (la condición/una de las condiciones) que usted dijo que tenía: (CONDICIÓN ALEATORIA). ¿Cuántas veces fue al médico u otro profesional de la salud durante los últimos 12 meses para el tratamiento de su (CONDICIÓN ALEATORIA)?

_____ VEZ/VECES

NO SABE..... 998

REHÚSA..... 999

*CC9a. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC9)

*CC9 EQUALS 'DON'T KNOW'.....1

ALL OTHERS.....2 **PASE A *CC10**

*CC9.1. ¿En términos generales, usted diría le pasó...?

MENOS DE UNA VEZ AL MES.....1

UNA VEZ AL MES.....2

2 Ó 3 VECES AL MES.....3

UNA VEZ A LA SEMANA.....4

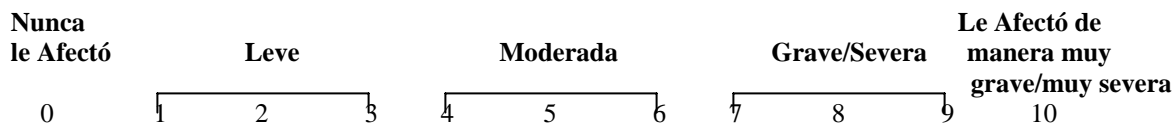
2 Ó 3 VECES A LA SEMANA.....5

MÁS DE 3 VECES A LA SEMANA.....6

TODOS LOS DÍAS.....7

NO SABE.....8

REHÚSA.....9



*CC10. (CR, PÁG 9) Piense en un período de un mes o más en los últimos 12 meses en el que tuvo (CONDICIÓN ALEATORIA) o sus consecuencias fueron más graves/severas. En una escala de 0 a 10, como la de la página 9 de su libreta/cuaderno de respuestas, donde 0 significa nunca le afectó y 10 significa que le afectó de manera muy grave/muy severa, ¿qué número describe mejor en qué medida (CONDICIÓN ALEATORIA) o sus consecuencias le afectaron en cada una de las siguientes actividades durante ese período?

(SI NEC: Durante este período, ¿en qué medida (CONDICIÓN ALEATORIA) le afectó (ACTIVIDAD)?)

(SI NEC: Para responder puede utilizar cualquier número entre 0 y 10.)

NÚMERO (0-10)

*CC10a. ¿Sus tareas domésticas, como la limpieza, las compras y el cuidado del hogar?

NO PROCEDE 97
NO SABE 98
REHÚSA 99

*CC10b. ¿Su capacidad para trabajar?

NO PROCEDE 97
NO SABE 98
REHÚSA 99

*CC10c. ¿Su capacidad para iniciar y mantener relaciones de amistad/estrechas con otra gente?

NO PROCEDE 97
NO SABE 98
REHÚSA 99

*CC10d. ¿Su vida social?

NO PROCEDE 97
NO SABE 98
REHÚSA 99

*CC11. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC10a - *CC10d)

ALL FOUR RESPONSES TO *CC10a - *CC10d SERIES EQUAL '0'

OR '97' 1 **PASE A *CC13**

ALL OTHERS..... 2

*CC12. ¿Aproximadamente, por cuántos días de los 365 días durante los últimos 12 meses fue usted totalmente incapaz de trabajar o hacer las actividades usuales debido a (CONDICIÓN ALEATORIA)?

(SI NEC: Para responder puede utilizar cualquier número entre 0 y 365.)

_____ DÍAS

NO SABE..... 998

REHÚSA..... 999

***CC13.** Las siguientes preguntas son acerca de problemas de salud serios o frecuentes que usted pudo haber tenido y que han interferido con su vida. Alguna vez, ¿ha tenido alguno de los siguientes:

	SI (1)	NO (5)	NS (8)	RE (9)
*CC13a. ¿Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes? (FRASE CLAVE: dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes)	1	5	8	9
* CC13b. ¿ Dolor de estómago? (FRASE CLAVE: dolor de estómago)	1	5	8	9
* CC13c. ¿Diarrea o estreñimiento? (FRASE CLAVE: estreñimiento/diarrea)	1	5	8	9
* CC13d. ¿Dolor en los brazos, piernas o articulaciones? (FRASE CLAVE: dolor en articulaciones o brazos o piernas)	1	5	8	9
* CC13e. ¿Dolor en el pecho? (FRASE CLAVE: dolor en el pecho)	1	5	8	9
* CC13f. ¿Latidos fuertes o muy rápidos del corazón? (FRASE CLAVE: latidos fuertes o palpitaciones)	1	5	8	9
* CC13g. ¿Le faltaba el aire o tenía problemas para respirar? (FRASE CLAVE: le faltaba el aire)	1	5	8	9
* CC13h. ¿Dolor de espalda? (FRASE CLAVE: dolor de espalda)	1	5	8	9

Alguna vez, ¿ha tenido alguno de los siguientes:	SI (1)	NO (5)	NS (8)	RE (9)
* CC13i. ¿Nausea, gases o indigestión? (FRASE CLAVE: nausea, gases, indigestión)	1	5	8	9
* CC19. INTERVIEWER CHECKPOINT (R'S GENDER) 'R' ES MASCULINO...1 PASE A *CC13k 'R' ES FEMENINA.....2 Recuerde que estamos hablando acerca de problemas de salud serios o frecuentes y que interfirieron con su vida.				
* CC13j. ¿Problemas relacionados con la menstruación? (FRASE CLAVE: problemas menstruales)	1	5	8	9
* CC13k. ¿Dolor o problemas durante el acto sexual? (FRASE CLAVE: problemas sexuales)	1	5	8	9
* CC13l. ¿Mareos? (FRASE CLAVE: mareos)	1	5	8	9
* CC13m. ¿Desmayos? (FRASE CLAVE: desmayos)	1	5	8	9
* CC13n. ¿Sintió como si se atragantara/nudo en la garganta? (FRASE CLAVE: Sintió como si se atragantara/nudo en la garganta)	1	5	8	9
* CC13o. ¿Entumecimiento/adormecimiento u hormigueo en el cuerpo o extremidades? (FRASE CLAVE: Entumecimiento/adormecimiento/hormigueo)	1	5	8	9

***CC14. INTERVIEWER INSTRUCTION: (SEE * CC13a - * CC13o SERIES)**

CIRCLE ALL ENDORSED CONDITIONS IN * CC13a - * CC13o SERIES IN LEFT COLUMN BELOW AND ON THE FOLLOWING TWO PAGES. THEN ASK FOLLOW-UP QUESTIONS TO THE RIGHT IN SEQUENCE ONE ITEM AT A TIME. IF NO CONDITIONS WERE ENDORSED, PASE A*CC48.

	*CC15. ¿Alguna vez en su vida a consultado un médico o profesional de la salud con relación a esta condición(DX)?	*CC16. ¿Cuál dijo el doctor que era la causa? (Write in)	*CC17. ¿Toma usted algún medicamento para esta condición (DX)?	*CC18. Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿ ha recibido usted algún tratamiento para esta condición (DX)?
*CC14a. ¿Dolores de cabeza frecuente o muy fuertes? (FRASE CLAVE: Dolores de cabeza Frecuente o muy fuertes)	*CC15a. SÍ.....1 PASE A*CC16a NO.....5 PASE A*CC17a NO SABE.....8 PASE A*CC17a REHÚSA.....9 PASE A*CC17a	*CC16a. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17a	*CC17a. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18a	*CC18a. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14b. ¿Dolor de estómago? (FRASE CLAVE: dolor de estómago)	*CC15b. SÍ.....1 PASE A*CC16b NO..... 5 PASE A*CC17b NO SABE.....8 PASE A*CC17b REHÚSA.....9 PASE A*CC17b	*CC16b. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17b	*CC17b. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18b	*CC18b. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14c. ¿Diarrea estreñimiento? (FRASE CLAVE: diarrea/estreñimiento)	*CC15c. SÍ.....1 PASE A*CC16c NO.....5 PASE A*CC17c NO SABE.....8 PASE A*CC17c REHÚSA.....9 PASE A*CC17c	*CC16c. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17c	*CC17c. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18c	*CC18c. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14d. ¿Dolor en los brazos, piernas o articulaciones? (FRASE CLAVE: dolor en articulaciones o brazos o piernas)	*CC15d. SÍ.....1 PASE A*CC16d NO.....5 PASE A*CC17d NO SABE.....8 PASE A*CC17d REHÚSA.....9 PASE A*CC17d	*CC16d. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17d	*CC17d. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18d	*CC18d. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48

*CC14e. ¿Dolor en el pecho? (FRASE CLAVE: dolor en el pecho)	*CC15e. SÍ.....1 PASE A*CC16e NO.....5 PASE A*CC17e NO SABE.....8 PASE A*CC17e REHÚSA.....9 PASE A*CC17e	*CC16e. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17e	*CC17e. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18e	*CC18e. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14f. ¿Latidos fuertes o muy rápidos en el corazón? (FRASE CLAVE: latidos fuertes palpitaciones)	*CC15f. SÍ.....1 PASE A*CC16f NO.....5 PASE A*CC17f NO SABE.....8 PASE A*CC17f REHÚSA.....9 PASE A*CC17f	*CC16f. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17f	*CC17f. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18f	*CC18f. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14g. ¿Le faltaba el aire o tenía problemas para respirar? (FRASE CLAVE: le faltaba aire)	*CC15g. SÍ.....1 PASE A*CC16g NO.....5 PASE A*CC17g NO SABE.....8 PASE A*CC17g REHÚSA.....9 PASE A*CC17g	*CC16g. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17g	*CC17g. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18g	*CC18g. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14h. ¿Dolor de espalda? (FRASE CLAVE: dolor de espalda)	*CC15h. SÍ.....1 PASE A*CC16h NO.....5 PASE A*CC17h NO SABE.....8 PASE A*CC17h REHÚSA.....9 PASE A*CC17h	*CC16h. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17h	*CC17h. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18h	*CC18h. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14i. ¿Nausea, gases o indigestión? (FRASE CLAVE: náusea, gases, indigestión)	*CC15i. SÍ.....1 PASE A*CC16i NO.....5 PASE A*CC17i NO SABE.....8 PASE A*CC17i REHÚSA.....9 PASE A*CC17i	*CC16i. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17i	*CC17i. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18i	*CC18i. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14j. ¿Problemas relacionados con la menstruación? (FRASE CLAVE: problemas menstruales)	*CC15j. SÍ.....1 PASE A*CC16j NO.....5 PASE A*CC17j NO SABE.....8 PASE A*CC17j REHÚSA.....9 PASE A*CC17j	*CC16j. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17j	*CC17j. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18j	*CC18j. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48

*CC14k. ¿Dolor o problemas durante la relación sexual? (FRASE CLAVE: problemas sexuales)	*CC15k. SÍ.....1 PASE A*CC16k NO.....5 PASE A*CC17k NO SABE.....8 PASE A*CC17k REHÚSA.....9 PASE A*CC17k	*CC16k. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17k	*CC17k. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18k	*CC18k. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14l. ¿Mareos? (FRASE CLAVE: mareos)	*CC15l. SÍ.....1 PASE A*CC16l NO.....5 PASE A*CC17l NO SABE.....8 PASE A*CC17l REHÚSA.....9 PASE A*CC17l	*CC16l. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17l	*CC17l. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18l	*CC18l. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14m. ¿Desmayos? (FRASE CLAVE: desmayos)	*CC15m. SÍ.....1 PASE A*CC16m NO.....5 PASE A*CC17m NO SABE.....8 PASE A*CC17m REHÚSA.....9 PASE A*CC17m	*CC16m. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17m	*CC17m. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18m	*CC18m. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14n. ¿Sintió como si se atragantara? (FRASECLAVE: sintió como si se atragantara)	*CC15n. SÍ.....1 PASE A*CC16n NO.....5 PASE A*CC17n NO SABE.....8 PASE A*CC17n REHÚSA.....9 PASE A*CC17n	*CC16n. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17n	*CC17n. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18n	*CC18n. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48
*CC14o. ¿Entumecimiento/ adormecimiento u hormigueo en el cuerpo o extremidades? (FRASE CLAVE: entumecimiento/ adormecimiento/ hormigueo)	*CC15o. SÍ.....1 PASE A*CC16o NO.....5 PASE A*CC17o NO SABE.....8 PASE A*CC17o REHÚSA.....9 PASE A*CC17o	*CC16o. _____ NO DIAGNÓSTICO...5 NO SABE.....998 REHÚSA.....999 PASE A*CC17o	*CC17o. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A*CC18o	*CC18o. SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9 PASE A PRÓXIMO DX O A *CC48

*CC48. ¿Tiene usted un médico al que acude usualmente cuando necesita atención médica de rutina?

SÍ.....1 PASE A*CC49
NO5

NO SABE.....8
 REHÚSA.....9

*CC48a. ¿Tiene usted un lugar al que acude usualmente cuando necesita cuidados médicos de rutina, como una clínica u hospital en particular?

SI.....1
 NO.....5
 NO SABE.....8
 REHÚSA.....9

*CC49. ¿Cuántas veces visitó a cada uno de los siguientes profesionales de la salud durante los últimos 12 meses?

*CC49a. ¿A un médico, hospital o clínica para un examen físico de rutina o un examen ginecológico?	_____ VISITAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES NO SABE 998 REHÚSA 999
*CC49b. ¿A un dentista u oculista para un examen de rutina?	_____ VISITAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES NO SABE 998 REHÚSA 999
*CC49c. ¿A un médico, sala de emergencia/urgencia o clínica para un tratamiento de emergencia, por ejemplo, debido a síntomas nuevos, un accidente o cualquier otra cosa inesperada?	_____ VISITAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES NO SABE 998 REHÚSA 999
*CC49d. ¿A un médico, hospital, clínica, ortodoncista u oftalmólogo para un programa de tratamiento o cirugía?	_____ VISITAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES NO SABE 998 REHÚSA 999

*CC49.1. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC49a-d)

AT LEAST ONE RESPONSE IN THE RANGE
 '1' - '997' IN *CC49a - *CC49d SERIES.....1
 ALL OTHERS.....2 **PASE A*CC50**

*CC49.2. Durante los últimos 12 meses, ¿le hizo el médico una de las siguientes preguntas, ya sea como parte de un examen físico de rutina o en una visita que hizo por problemas físicos de salud: preguntarle sobre el uso de alcohol u otras drogas ilícitas?

SÍ.....1
 NO.....5 **PASE A*CC49.2b**
 NO SABE.....8 **PASE A*CC49.2b**
 REHÚSA.....9 **PASE A*CC49.2b**

*CC49.2a. (Durante los últimos 12 meses, un médico) ¿Le recomendó que redujera o suspendiera el uso del alcohol o las drogas?

SÍ.....1
 NO.....5
 NO SABE.....8
 REHÚSA.....9

*CC49.2b. (Durante los últimos 12 meses, un médico) ¿Le preguntó sobre sus emociones, sus nervios o su salud mental?

SÍ.....	1	PASE A *CC49.2d
NO.....	5	
NO SABE	8	
REHÚSA	9	

*CC49.2c. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC49.2)

*CC49.2 EQUALS '1'	1	
ALL OTHERS.....	2	PASE A *CC50

	SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
*CC49.2d. (Durante los últimos 12 meses, un médico) ¿Le sugirió que viera a un profesional de la salud o asistiera a un programa especial por problemas emocionales o de abuso de sustancias?	1	5	8	9
*CC49.2e. (Durante los últimos 12 meses, un médico), ¿le sugirió que tomara medicamento para problemas emocionales o de abuso de sustancias?	1	5	8	9
*CC49.2f. (Durante los últimos 12 meses, un médico), ¿Le ofreció orientación por lo menos durante 5 minutos sobre sus problemas emocionales o de abuso de sustancias?	1	5	8	9

***CC50.** Las siguientes preguntas son acerca del seguro médico que se obtiene cuando uno trabaja, directamente de una compañía de seguros, o por medio de programas gubernamentales. Al responder no incluya planes que sólo complementan su ingreso si está hospitalizado o que sólo pagan un tipo de servicio, tales como cuidado dental, lentes, cuidados en hogares de convalecencia o accidentes. Tomando todo esto en consideración, ¿actualmente le cubre algún tipo de seguro de salud militar, como CHAMPUS, CHAMP-VA, TRICARE, o cuidado de la Administración de Veteranos (VA)?

SÍ..... 1
 NO..... 5
 NO SABE 8
 REHÚSA 9

*CC50.1 (SI ***CC50** ES IGUAL A '1': Además del seguro médico militar, ¿está cubierto por algún otro/ TODOS: Está cubierto por un) plan de seguro médico adquirido a través del patrono actual o anterior o por una unión/sindicato – ya sea de su propio empleo o unión/sindicato o del empleo o unión/sindicato de alguien más?

SÍ..... 1
 NO..... 5
 NO SABE 8
 REHÚSA 9

*CC50.2. ¿Está cubierto por un plan de seguro médico adquirido directamente de una compañía aseguradora?

SÍ..... 1
 NO..... 5
 NO SABE 8
 REHÚSA 9

*CC50.3. ¿Está cubierto por Medicare, el plan de seguro médico para personas mayores de 65 años o personas con ciertas incapacidades?

(SI NEC: Incluya planes de HMO así como el plan de Medicare convencional.)

SÍ..... 1
 NO..... 5 **PASE A *CC50.4**
 NO SABE 8 **PASE A *CC50.4**
 REHÚSA 9 **PASE A *CC50.4**

*CC50.3a. ¿Está cubierto por una plan complementario de Medicare o por Medigap para cubrir los gastos de cuidado de salud que no cubre Medicare?

SÍ..... 1

NO.....	5
NO SABLE	8
REHÚSA	9

*CC50.4. ¿Está cubierto por (DIGA EL NOMBRE DE MEDICAID), o por un HMO (DIGA EL NOMBRE DEL MEDICAID), el programa de asistencia gubernamental para las personas necesitadas?

STATE NAMES FOR MEDICAID TO INSERT INTO *CC50.4:

- ALABAMA: Medicaid
- ARIZONA: AHCCS (Arizona Health Care Cost Containment System)
- ARKANSAS: Medicaid
- CALIFORNIA: MediCal
- COLORADO: Colorado Medicaid or the Colorado Indigent Care Program
- CONNECTICUT: Medicaid or the General Assistance Medical Aid Program
- DELAWARE: Medicaid
- DISTRICT OF COLUMBIA: Medicaid
- FLORIDA: Medicaid
- GEORGIA: Medicaid
- IDAHO: Medicaid
- ILLINOIS: Medical Assistance
- INDIANA: Medicaid
- IOWA: Medicaid or the Medically Needy Program
- KANSAS: Medicaid
- KENTUCKY: Medicaid
- LOUISIANA: Medicaid
- MAINE: Medicaid or the Medically Needy Program
- MARYLAND: Medicaid or the Health Choice Program
- MASSACHUSETTS: MassHealth
- MICHIGAN: Medicaid
- MINNESOTA: Medical Assistance (MA)
- MISSISSIPPI: Medicaid
- MISSOURI: Medicaid
- MONTANA: Medicaid
- NEBRASKA: Medicaid
- NEVADA: Medicaid
- NEW HAMPSHIRE: Medicaid or the In & Out Program
- NEW JERSEY: Medicaid or any other program
- NEW MEXICO: Medicaid
- NEW YORK: Medicaid or the Family Health Plus Program
- NORTH CAROLINA: Medicaid
- NORTH DAKOTA: Medicaid
- OHIO: Ohio Health Plans
- OKLAHOMA: Medicaid
- OREGON: Oregon Health Plan
- PENNSYLVANIA: Medicaid
- RHODE ISLAND: Medicaid
- SOUTH CAROLINA: Medicaid
- SOUTH DAKOTA: South Dakota Medical Assistance
- TENNESSEE: TennCare
- TEXAS: Medicaid
- UTAH: Medicaid or the HIP (Utah Comprehensive Health Insurance Pool)
- VERMONT: Medicaid or the VHAP (Vermont Health Access Plan)
- VIRGINIA: FAMIS (Family Access to Medical Insurance Security)
- WASHINGTON: Medicaid or the Medically Needy Program
- WEST VIRGINIA: Medicaid
- WISCONSIN: Medicaid
- WYOMING: Medicaid

SÍ.....	1
NO.....	5
NO SABE	8
REHÚSA	9

*CC50.5. ¿Está cubierto por (DIGA EL NOMBRE DEL PLAN ESTATAL), el plan de seguro médico del estado para las personas que no tienen seguro?

STATE NAMES FOR STATE PLANS TO INSERT INTO *CC50.5

- ALABAMA: All Kids
- ARIZONA: Kids Care
- ARKANSAS: ARKids First
- CALIFORNIA: Healthy Families
- COLORADO: Child Health Plan Plus (CHP+)
- CONNECTICUT: The Husky Plan (Health Plan Healthcare for Uninsured Kids and Youth)
- DELAWARE: Delaware Healthy Children Program
- DISTRICT OF COLUMBIA: D.C. Healthy Families
- FLORIDA: Kid Care
- GEORGIA: Peach Care for Kids
- IDAHO: Brighton Futures Children’s Health Insurance Program
- ILLINOIS: Kid Care
- INDIANA: Hoosier Healthwise
- IOWA: HAWK-I
- KANSAS: Healthwave Program
- KENTUCKY: Kentucky Children’s Health Insurance Program (KCHIP)
- LOUISIANA: LA CHIP
- MAINE: Cub Care
- MARYLAND: Maryland Children’s Health Program
- MASSACHUSETTS: Mass Health
- MICHIGAN: MI Child
- MINNESOTA: Minnesota Care
- MISSISSIPPI: Children’s Health Insurance Program (CHIP)
- MISSOURI: MC+ For Kids
- MONTANA: Children’s Health Insurance Plan (CHIP)
- NEBRASKA: Kids Connection
- NEVADA: Nevada CheckUp
- NEW HAMPSHIRE: Healthy Kids (Healthy Kids Gold/Healthy Kids Silver)
- NEW JERSEY: NJ KidCare
- NEW MEXICO: New Mexikids
- NEW YORK: Child Health Plus
- NORTH CAROLINA: NC Health Choice for Children
- NORTH DAKOTA: Healthy Steps Program
- OHIO: Healthy Start
- OKLAHOMA: Sooner Care
- OREGON: Oregon Health PLaN
- PENNSYLVANIA: Children’s Health Insurance Plan (CHIP)
- RHODE ISLAND: RItE Care
- SOUTH CAROLINA: Child Health Insurance Plan (CHIP)
- SOUTH DAKOTA: Child Health Insurance Program (CHIP)
- TENNESSEE: TennCare for Children Program
- TEXAS: Tex Care Partnership
- UTAH: Children’s Health Insurance Program
- VERMONT: Dr. Dynasaur
- VIRGINIA: Children’s Medical Security Insurance Plan
- WASHINGTON: CHIP

WEST VIRGINIA: West Virginia Children's Health Insurance Program

WISCONSIN: Badger Care

WYOMING: Wyoming Kid Care

SÍ.....	1
NO.....	5
NO SABE	8
REHÚSA	9

*CC50.6. ¿Está cubierto por el Servicio de Salud para Indios (Indian Health Service)?

SÍ..... 1
NO..... 5
NO SABE 8
REHÚSA 9

*CC50.7. ¿Está cubierto por cualquier otro tipo de seguro médico que no he mencionado?

SÍ (ESPECIFIQUE: _____)..... 1
NO..... 5
NO SABE 8
REHÚSA 9

*CC50.8. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE CC50-*CC50.7)

IF *CC50 EQUALS '1' OR *CC50.1 EQUALS '1' OR
*CC50.2 EQUALS '1' OR *CC50.3 EQUALS '1' OR
*CC50.4 EQUALS '1' OR *CC50.5 EQUALS '1' OR
*CC50.6 EQUALS '1' OR *CC50.7 EQUALS '1' 1
ALL OTHERS 2 **PASE A*CC51**

*CC50.9. ¿Le requiere su seguro médico que se inscriba con un médico, grupo de médicos o o su médico de cuidado primario, a los que tiene que ir para todo su cuidado de rutina?

(DE SER NECESARIO: No incluya cuidado de emergencia o cuidado de un especialista al que fue referido).

SÍ..... 1
(SI ESPONT) ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y VARÍA.....3
NO..... 5
NO SABE 8
REHÚSA 9

*CC50.11. ¿Le requiere su seguro médico que obtenga aprobación o que sea enviado a ver a un especialista o para obtener cuidado especial?

(DE SER NECESARIO: No incluya el cuidado de emergencia).

SÍ..... 1
(SI ESPONT) ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y VARÍA. 3
NO..... 5
NO SABE 8
REHÚSA 9

*CC50.12. ¿Puede ir a cualquier médico o clínica que acepte su seguro médico o tiene que escoger de una lista de médicos en un directorio del plan o directorio de la red?

PUEDEN IR A CUALQUIER MÉDICO 1
(SI ESPONT) ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y VARÍA. 3 **PASE A *CC50.14**
TIENE QUE ESCOGER DE UNA LISTA.....5 **PASE A *CC50.14**
(SI VOL) TIENE QUE VER A UN MÉDICO EN PARTICULAR6 **PASE A *CC50.14**

NO SABE.....	8	PASE A *CC50.14
REHÚSA.....	9	PASE A *CC50.14

*CC50.13. ¿Tiene que pagar una parte más alta del costo para ver a un médico que no está en la red de su plan?

SÍ.....	1
(SI ESPONT) ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y VARÍA....	3
NO.....	5
NO SABE.....	8
REHÚSA.....	9

*CC50.14. ¿Es su plan de salud un HMO – es decir, una Organización de Mantenimiento de la Salud?

(SI NEC: Con un HMO, usted tiene que recibir cuidado de los médicos del HMO para que le cubran el gasto, a menos que sea una emergencia o que el HMO lo refiera a otro médico).

SÍ.....	1
(SI ESPONT) ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y VARÍA....	3
NO.....	5
NO SABE.....	8
REHÚSA.....	9

*CC50.15. ¿Pagará su plan médico cualquier gasto por las visitas que no cubra el plan si no ha sido enviado o no tiene un referido?

SÍ.....	1
(SI ESPONT) ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y VARÍA....	3
NO.....	5
NO SABE.....	8
REHÚSA.....	9

*CC50.16. 5 ¿Cuánto tiene que pagar si va a un médico del plan para una visita de rutina?

SI EL ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y “VARÍA” PIDA AL ENTREVISTADO QUE RESPONDA POR EL PLAN QUE MÁS USA.

%/ \$ _____

PRECIO TOTAL.....	997
NO SABE.....	998
REHÚSA.....	999

*CC50.16a Por favor, indique en dólares o por ciento.

DÓLARES.....	1
POR CIENTO.....	2
NO SABE.....	8
REHÚSA.....	9

*CC50.17. 5 ¿Cuánto tiene que pagar por los medicamentos con receta?

SI EL ENTREVISTADO TIENE VARIOS PLANES Y “VARÍA” PIDA AL ENTREVISTADO QUE RESPONDA POR EL PLAN QUE MÁS USA.

%/ \$ _____

PRECIO TOTAL 997
 NO SABE 998
 REHÚSA 999

*CC50.17a Por favor, indique en dólares o por ciento.

DÓLARES 1
 POR CIENTO 2
 NO SABE 8
 REHÚSA 9

*CC51. La gente tiene opiniones muy diferentes acerca de si se ha de buscar ayuda profesional para los problemas emocionales. Si usted tuviera un problema emocional grave/severo, ¿de seguro buscaría ayuda profesional, probablemente la buscaría, probablemente no la buscaría o seguro no buscaría ayuda profesional?

DE SEGURO LA BUSCARÍA 1
 PROBABLEMENTE LA BUSCARÍA 2
 PROBABLEMENTE NO LA BUSCARÍA 3
 DE SEGURO NO LA BUSCARÍA 4
 NO SABE 8
 REHÚSA 9

*CC52. ¿Cómo se sentiría hablando de problemas personales con un profesional – muy cómodo(a), bastante cómodo(a), no muy cómodo(a) o nada cómodo(a)?

MUY CÓMODO 1
 BASTANTE CÓMODO 2
 NO MUY CÓMODO 3
 NADA DE CÓMODO 4
 NO SABE 8
 REHÚSA 9

*CC53. ¿Cómo se sentiría si sus amigos se enteraran de que usted estuviera recibiendo ayuda profesional para un problema emocional – muy avergonzado(a), bastante avergonzado(a), no muy avergonzado(a) o nada avergonzado(a)?

MUY AVERGONZADO 1
 BASTANTE AVERGONZADO 2
 NO MUY AVERGONZADO 3
 NADA DE AVERGONZADO 4
 NO SABE 8
 REHÚSA 9

*CC54. De las personas que consultan a un profesional para problemas emocionales graves, ¿qué porcentaje cree usted que le ayuda el tratamiento?

_____ POR CIENTO

NO SABE 998
REHÚSA 999

*CC54a. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC54)

*CC54 EQUALS 'DON'T KNOW'1
ALL OTHERS.....2 PASE A *CC55

*CC54b. Diría usted que es ...

MENOS DE 25 POR CIENTO.....1
ENTRE 26 Y 50 POR CIENTO.....2
ENTRE 51 Y 75 POR CIENTO.....3
MÁS DE 75 POR CIENTO4
NO SABE 8
REHÚSA.....9

*CC55. De las personas que no consultan a un profesional, ¿qué porcentaje cree usted que mejoran aunque no consulten?

_____ POR CIENTO

NO SABE 998
REHÚSA 999

*CC55a. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC55)

*CC55 EQUALS 'DON'T KNOW'1
ALL OTHERS.....2 PASE A *CC74

*CC55b. Diría usted que es ...

MENOS DE 25 POR CIENTO.....1
ENTRE 26 Y 50 POR CIENTO.....2
ENTRE 51 Y 75 POR CIENTO.....3
MÁS DE 75 POR CIENTO4
NO SABE 8
REHÚSA.....9

CC74. ¿Ha amenazado a alguien con un arma de fuego durante los últimos 12 meses?

SÍ 1
NO..... 5
NO SABE 8
REHÚSA 9

*CC75. ¿Aproximadamente cuántas veces usted ha amenazado a alguien con otro tipo de arma, como un cuchillo, un palo, una botella rota o gas repelente (*Mace*)?

_____ VEZ/VECES

NO SABE 998
REHÚSA 999

*CC81. ¿Ha amenazado usted a alguien con un arma que no sea un arma de fuego en algún momento durante los últimos 12 meses?

SÍ 1
NO 5
NO SABE 8
REHÚSA 9

PASE A *FD1, PRÓXIMA SECCIÓN