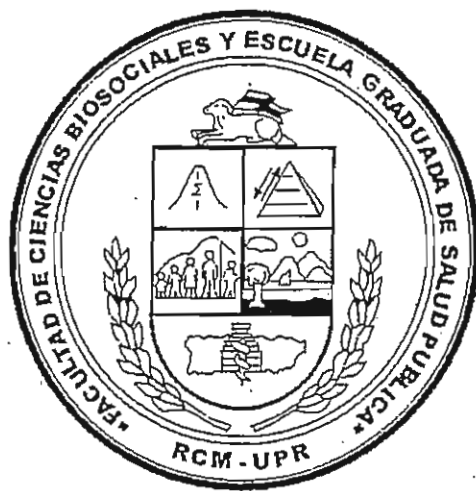


Maybe Friday

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA GRADUADA DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

**ESTUDIO CONTINUO DE SALUD
PARA LOS MUNICIPIOS DE PUERTO RICO
2002**



Dr. Gilberto Ramos



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

CUESTIONARIO SOBRE UTILIZACION, MORBILIDAD Y OTROS INDICADORES DE SALUD

Núm. Control

--	--	--	--	--

Uso de la oficina

Instrucciones: Lea cuidadosamente tal y como aparece cada pregunta al sujeto entrevistado. En el encasillado escriba la alternativa correspondiente. Los encasillados debe llenarlos ya que son para el fácil manejo y el control de calidad de los datos. Hay encasillados que indican no llenar, son para uso de la Oficina. Utilice el manual del entrevistador para la codificación de este cuestionario y sus anejos.

Visitas a la vivienda		
	Fecha	Hora
Visita #1		
Visita #2		
Visita #3		

Número de Tramo Censal _____

Año de la entrevista

--	--	--	--

Número de Bloque

--	--	--	--	--

Número de Vivienda

--	--	--	--	--

Municipio de Residencia

--	--	--	--	--

Zona residencial

1. Urbana
2. Rural

Dirección _____

Calle _____ Urb./Barrio _____ Teléfono _____

9	9
---	---

Nombre del Entrevistador _____

Uso de la oficina

--	--	--	--

2. ¿Cuánto tiempo hace que vive usted en esta vivienda?

1. Menos de 1 año
2. 1 a 4 años
3. 5 a 8 años
4. 9 a 12 años
5. 13 años o más
9. No determinado

--

Las siguientes preguntas son para determinar los miembros que componen la familia en la vivienda. Además, para clasificar las personas que sean miembro regular o condicionado en la vivienda.

¿Hay alguna persona que regularmente vive aquí y que se encuentre temporariamente ausente? ___ Sí ___ No

¿Alguna de las personas que viven aquí tienen hogar en algún otro sitio? ___ Sí ___ No

¿Alguna de las personas mencionadas están en servicio activo con las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ___ Sí ___ No

INDICADORES SOCIODEMOGRAFICOS

Sección A - Características Sociodemográficas										Sección B - Seguro de Salud				
Además de usted, ¿puede decirme el nombre de todas las personas que residen aquí comenzando por el jefe de familia, cuál es el parentesco entre sí, sexo, edad cumplida, grado más alto completado, estado civil y la actividad usual de cada miembro de la unidad familiar?										Actualmente, ¿Posee usted o uno de los miembros un seguro de salud? Además, ¿cuál es el nombre del seguro médico? si no tiene ¿por qué razón no tiene seguro médico?				
165	25-26	Composición Familiar		27	28	29-30	31-32	33	34-35	36	37	38-39		40
Tipo de	Record	PERSONA	Nombre de cada miembro en la unidad familiar	¿Cuál es su parentesco?	Sexo	¿Cuál es su edad cumplida?	¿Cuál es el grado más alto completado?	¿Cuál es su estado civil?	¿A qué se dedica usualmente?	Tipo de miembro	¿Posee algún Seguro de Salud? (seguro médico)	¿Cuál es el nombre del seguro médico? Según listado de Seguro Médico	Código Seguro Médico (según listado)	¿Por qué no tiene Seguro de Salud?
1	01													
2	02													
	03													
	04													
	05													
	06													
	07													
	08													
	09													
	10													

Parentesco (27)	Sexo (28)	Estado civil (33)	Actividad usual (34-35)	Tipo de miembro (36)	Posee Seguro de Salud (37)	¿Por qué razón no tiene seguro médico? (40)
1. Jefe 2. Cónyuge (casado o consensual) 3. Hijo (crianza o del cónyuge) 4. Otros parientes 5. Particulares 6. Hospedados 7. Sirviente	1. Masculino 2. Femenino Grado (31-32) 01 - 02 - 03 - 04 05 - 06 - 07 - 08 09 - 10 - 11 - 12 13 - 14 - 15 - 16 17 - 18 - 19 - 20 ó más 00-ningún grado	1. Menor no emancipado* 2. Soltero (a) 3. Casado (a) o consensual 4. Divorciado (a) 5. Viudo (a) 6. Separado (a)	01. Edad Pre-escolar (0-5 años) 02. Edad Escolar (6-16 años, no emancipado) 03. Usualmente trabaja 04. Usualmente ama de casa 05. Estudiante 06. Desempleado 07. Retirado 08. Incapacitado 10. Otra, especifique 99. No determinado	1. Regular 2. Condicionado	1. Sí 2. No 9. No determinado	1. Costo 2. Tiene buena salud 3. No satisfecho con seguros existentes 4. Se pasó la fecha para incluirse en el seguro médico 5. Lo están procesando 6. Desempleado 7. Otra razón, especifique 9. No determinado

costly healthy
not eligible for services
past enrollment in process
unemployed

IF 2009 FPL not elig for Reforma

*Menor no emancipado es el menor que no se ha casado al momento de la entrevista.
Nota: A un miembro condicionado se le recopilarán los datos hasta la columna 36 "Tipo de miembro"

Q.39 code membership #
Q.40 why don't you have insurance?

Q.37 Do you have any insurance plan?
Q.38 what is the name of the insurance plan?

INDICADORES DE SALUD

Sección C - Visitas al Médico 4 weeks					Sección D - Visitas al Dentista			
Las visitas son las ocurridas durante las últimas <u>cuatro (4) semanas</u> antes de la entrevista. Si hay alguna visita al médico debe llenar una hoja por cada persona. (Anejo)					Las visitas son las ocurridas durante las últimas cuatro (4) semanas, antes de la entrevista. Para las visitas al dentista debe llenar una hoja por cada persona. (Anejo)			
Composición Familiar		41	42	43 - 44	45	46	47 - 48	49
# PERSONA	Nombre de la persona	En términos generales, ¿diría que su salud es Excelente, Muy Buena, Buena, Regular o Pobre?	¿Visitó al médico en las últimas cuatro (4) semanas?	Si contesta "Sí" ¿Cuántas veces? (Este número de visitas cuadra con el número total de visitas en la hoja de médico)	Si contesta "No" ¿cuándo fue la última vez?	Durante las últimas cuatro (4) semanas, ¿visitó usted al dentista?	¿Cuántas veces?	Si contesta "No" ¿Cuándo fue la última vez?
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

Su Salud es: (41)	Visitó usted al médico (42)	Si no visitó, indique la última vez (43)	Visitó dentista (46)	Si no visitó, indique la última vez (49)
1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Pobre	1. Sí 2. No vió médico, últimas 4 semanas (pase a columna a la 45) 9. No determinado Si contesta el código 1, debe llenar la hoja de visitas a médico (azul)	0. Menos de 1 año 1. Un año 2. Dos años 3. Tres años 4. Cuatro años 5. Cinco años o más 7. Nunca 9. No determinado	1. Sí 2. No, pase a la columna 49 9. No determinado Si contesta el código 1 debe llenar la hoja de visitas a dentista (azul)	0. Menos de 1 año 1. Un año 2. Dos años 3. Tres años 4. Cuatro años 5. Cinco años o más 7. Nunca 9. No determinado

Nota: Si hubo visitas al médico debe llenar una hoja por cada persona (azul).	Nota: Si hubo visitas al dentista debe llenar una hoja por cada persona (azul).
--	--

Sección E – Hospitalización

Las hospitalizaciones son las ocurridas en los últimos doce meses, previo a la entrevista. Para las hospitalizaciones debe llenar una hoja por cada hospitalización (amarilla).

Composición Familiar		50	51 - 52
# P E R S O N A	Nombre de la persona	¿Ha estado usted o uno de los miembros de la familia hospitalizado durante los últimos doce meses?	Si hubo hospitalización, indique cuántas veces estuvo usted o uno de los miembros hospitalizado.
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

¿Ha estado usted: (50)

1. Sí, **debe llenar la hoja de Hospitalización – color amarillo**
2. No, **pase a la siguiente parte, Tabla del Grupo Trabajador**

TABLA DEL GRUPO TRABAJADOR

Las siguientes preguntas están relacionadas al status de trabajo y el empleo. Aplica a todas las personas de 17 años o más en adelante y menores emancipados en cada vivienda. Indique todos los trabajos que tuvo durante el último año, antes de la entrevista. Para conocer el status de trabajo de cada persona se requiere realizar las siguientes preguntas y así poder categorizarlo en la columna 130.

	Número y Nombre de la persona					
	#	#	#	#	#	#
1. ¿Estuvo empleado durante las últimas 4 semanas? Si contesta "sí" anote 2 (empleado) en la columna 130 (status de trabajo). Si contesta "no" pase a la siguiente pregunta.	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
2. Aún cuando no trabajó durante las últimas 4 semanas , ¿tiene algún empleo o negocio? Si contesta "sí" anote 2 (empleado) en la columna 130 (status de trabajo). Si contesta "no" pase a la siguiente pregunta. <i>own own business</i>	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
3. ¿Estuvo buscando trabajo durante las últimas 4 semanas? Si contesta "sí" anote 3 (desempleado) en la columna 130. Si contesta "no" pase a la siguiente pregunta. <i>looking for work</i>	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
4. ¿Está retirado por años de servicios o profesionalmente? Si contesta "sí" anote 4 (retirado) en la columna 130. Si contesta "no" pase a la siguiente pregunta. <i>retired?</i>	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
5. ¿Está incapacitado para trabajar debido a una lesión o condición? Si contesta "sí" anote 5 (incapacitado); Si contesta "no" anote 1 (no aplica) en la columna 130. <i>health condition</i>	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No

Nota: La categoría "1" es para aquellas personas que hayan contestado "no" a todas las preguntas.

Comentarios:

**Sección G - Programa Mejoramiento de la Salud
Mantenimiento Físico (Ejercicio o Dieta)**

Composición Familiar		53	54	55	56 - 61		
# PERSONA	Nombre de la persona	¿Mantiene usted o uno de los miembros un régimen de ejercicio o dieta? (Si contesta "No" pase a la parte de Tabaco y Alcohol)	¿Cuántas veces en la semana lo realiza?	¿Por qué realiza estas actividades?	¿Qué tipo de ejercicio o dieta mantiene usted o uno de los miembros? (Aplica hasta tres actividades)		
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							

Mantiene un régimen (53)	¿Cuántas veces? (54)	¿Por qué realiza? (55)	¿Qué tipo de régimen? (56 - 61) (Máximo tres actividades)	
1. Sí, pase a la próxima pregunta 2. No, pase a la parte de Tabaco y Alcohol	1. Diariamente 2. Una a dos veces en semana 3. Tres a cuatro veces en semana 4. Cinco a seis veces en semana 9. No determinado	1. Por recomendación médica 2. Voluntariamente 3. Otras, especifique _____	Ejercicio: 01. Caminar/trotar (joggear) 02. Correr 03. Nadar 04. Gimnasia/calistenia 05. Aeróbicos/balle 06. Pesas 07. Bicicleta 08. Artes marciales 09. Patineta 10. Patines 11. Otros, especifique _____	Dietas: 12. Macrobióticas 13. Naturalista 14. Vegetariana 15. Baja en grasa 16. Baja en sal 17. Baja en azúcar 18. Otras dietas, especifique _____ 99. No determinado

Sección H – Nutrición

Las siguientes preguntas están relacionadas al **Consumo de Alimentos**. Aplica solamente a la persona que se entrevista. En cada encasillado escriba el número de la alternativa que corresponda.

¿Con qué frecuencia consume usted los siguientes alimentos?				¿Cuántos vasos de agua toma usted en el día?	
En el encasillado a la derecha escriba el número de la persona entrevistada	Persona	En el encasillado a la derecha escriba el número de la persona entrevistada	Persona		
75. Alimentos fritos, frituras		92. Cereales listos para comer *		108	109
76. Aceite, margarina		93. Brocoli (brécol) *		¿Cuál es el tipo de agua que frecuentemente usted consume o bebe? 1. Embotellada 2. Acueducto (PRASA) 3. Sistema privado (Non PRASA) 4. Otro tipo, especifique _____	
77. Pan, galletas		94. Aguacate *			
78. Arroz		95. Habichuelas tiernas *			
79. Espaguetis o pastas		96. Tomates *			
80. Frutas		97. Repollo *		Los alimentos que consumen la familia 1. Son mayormente preparados en la casa 2. Se compra mayormente en restaurantes de comida rápida (fast foods) 3. Se compra mayormente congelada 9. No determinado	
81. Viandas, verduras		98. Calabaza *			
82. Hortalizas (comidas en la ensalada)		99. Maíz *			
83. Jugos de fruta		100. Guineos maduros *			
84. Bebidas con sabor a frutas, malta, refrescos		101. Plátanos maduros *			
85. Leche, queso, mantequilla		102. Mangó *			
86. Carnes		103. Melón cantaloupe *			
87. Aves		104. Jugo de china (naranja) *			
88. Pescado		105. Granos (cualquier tipo de granos) *			
89. Carnes enlatadas, embutidos		106. Hígado *			
90. Huevos		107. Maní, nueces *			
91. Repostería, postres, dulces, mantecado		*Estos alimentos contienen ácido fólico		111	

Con qué frecuencia consume los alimentos:	
1. Una a dos veces en semana	5. En ocasiones
2. Tres a cuatro veces en semana	6. En la temporada del alimento
3. Cinco a seis veces en semana	7. Nunca
4. Todos los días	9. No determinado

Sección J.- Limitación de Actividad

Las siguientes preguntas son para identificar las personas con alguna limitación crónica en su actividad diaria. La limitación se toma en las personas que tienen condiciones crónicas de más de tres meses, exceptuando a los niños menores de tres meses de nacido y condiciones congénitas (son aquellas personas que nacen con la condición). Utilice la tabla que se encuentra abajo para marcar las contestaciones de cada persona con limitación.

Grupo de edad y Actividad

Menores de 6 años (00-05) - Juegos	Menores de 6 a 16 años - Asistencia a la escuela	
<p>1. ¿Puede el (la) niño(a) participar de cualquier manera en los juegos que hacen la mayoría de los (las) niños (as) de su edad?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la próxima pregunta 2. No, pase a la sección K</p> <p>2. Aún cuando pueda participar ¿está el (la) niño(a) limitado(a) en el tipo o cantidad de juegos en que puede jugar debido a un impedimento o problema de salud?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la sección K 2. No, pase a la próxima pregunta</p> <p>3. Aún cuando no está limitado para jugar ¿está el (la) niño(a) limitado(a) a realizar cualquier actividad debido a un impedimento o problema de salud?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la sección K 2. No, pase a la sección K</p>	<p>4. ¿Hay algún impedimento o problema de salud impidiendo ahora que el (la) niño(a) o adolescente asista a la escuela?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la pregunta #7 2. No, pase a la próxima pregunta</p> <p>5. Aún cuando asiste a una escuela ¿necesita el (la) niño(a) o adolescente asistir a una escuela especial debido a un impedimento o problema de salud?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la pregunta #7 2. No, pase a la próxima pregunta</p> <p>6. Aún cuando asiste a una escuela ¿está el (la) niño(a) o adolescente limitado(a) en su asistencia debido a su condición de salud?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la pregunta #7 2. No, pase a la pregunta #8</p>	<p>7. Debido a un impedimento o problema de salud ¿necesita el (la) niño(a) o adolescente ayuda de otras personas con su cuidado personal como comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la sección K 2. No, pase a la sección K</p> <p>8. ¿Está el (la) niño(a) o adolescente limitado(a) de cualquier manera a realizar cualquier actividad debido a un impedimento o problema de salud?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí, pase a la sección K 2. No, pase a la sección K</p>

Menores de 6 años (00-05)		Pregunta			129	Menores de 6-16 años		Pregunta					129
#	Nombre de la persona	1	2	3	Grado de limitación	#	Nombre de la persona	4	5	6	7	8	Grado de limitación

Mayra Herrera

Continuación Sección J - Limitación de Actividad (Grupo de edad y actividad)

<i>Personas de 17 a 64 años – Todas las personas</i>	<i>Personas de 17 a 64 años - Sólo aplica a mujeres</i>
<p>9. ¿Hay algún impedimento o problema de salud impidiendo ahora que trabaje o tenga un negocio?</p> <p>1. Sí (pase a la <i>preg. 11</i> si es <i>mujer</i> o pase a la <i>preg. 13</i> si es <i>hombre</i>)</p> <p>2. No, pase a la próxima pregunta aún cuando pueda tener un trabajo</p> <p>10. ¿Está limitado(a) en el tipo o cantidad de trabajo que puede realizar debido a un impedimento o problema de salud?</p> <p>1. Sí (pase a la <i>preg. 11</i> si es <i>mujer</i> o pase a la <i>preg. 13</i> si es <i>hombre</i>)</p> <p>2. No, pase a la pregunta #15</p>	<p>11. ¿Hay algún impedimento o problema de salud impidiendo ahora que no haga las labores del hogar? <i>Sólo aplica a mujeres.</i></p> <p>1. Sí pase a la pregunta #13 y 14</p> <p>2. No, pase a la próxima pregunta</p> <p>12. Aún cuando puede realizar sus quehaceres ¿está limitada en el tipo o cantidad de labores del hogar que pueda realizar debido a un impedimento o problema de salud? <i>Sólo aplica a mujeres.</i></p> <p>1. Sí pase a las preguntas #13 y 14</p> <p>2. No, pase a la pregunta #15</p>
<p><i>Limitación de las actividades personales del diario vivir</i></p> <p>13. Debido a un impedimento o problema de salud ¿necesita ayuda de otras personas con su cuidado personal como bañarse, vestirse o moverse por la casa?</p> <p>1. Sí, pase a la sección K</p> <p>2. No, pase a la próxima pregunta</p> <p><i>Limitación de las actividades mecánicas del diario vivir</i></p> <p>14. Debido a un impedimento o problema de salud ¿necesita ayuda de otras personas para realizar tareas rutinarias como labores del hogar, diligencias, ir de compras o transportarse para cualquier fin?</p> <p>1. Sí, pase a la sección K</p> <p>2. No, pase a la sección K</p> <p>15. ¿Está limitado(a) de cualquier manera a realizar cualquier actividad debido a un impedimento o problema de salud?</p> <p>1. Sí, pase a la sección K</p> <p>2. No, pase a la sección K</p>	<p><i>Todas las personas de 65 años o más - Vida Independiente</i></p> <p>16. Debido a un impedimento o problema de salud, ¿necesita ayuda de otras personas con su cuidado personal como comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa?</p> <p>1. Sí, pase a la sección K</p> <p>2. No, pase a la próxima pregunta</p> <p>17. Debido a un impedimento o problema de salud, ¿necesita ayuda de otras personas para realizar tareas rutinarias como labores del hogar, diligencias, ir de compras o transportarse para cualquier fin?</p> <p>1. Sí, pase a la sección K</p> <p>2. No, pase a la próxima pregunta</p> <p>18. ¿Está limitado(a) de cualquier manera a realizar cualquier actividad debido a un impedimento o problema de salud?</p> <p>1. Sí, pase a la sección K</p> <p>2. No, pase a la sección K</p>

<i>Personas de 17-64 años</i>		Pregunta							129	<i>Personas de 65 o más años</i>		Pregunta			129
#	Nombre de la persona	9	10	11	12	13	14	15	Grado de limitación	#	Nombre de la persona	16	17	18	Grado de limitación

*Maria
P. P.*

Sección K – Estado de Empleo y Trabajo

Composición Familiar		130	131	132-133	134	135-137			138-140		¿Cuánto le pagan? (Ingreso Anual) <i>Earnings</i>
# PERSONA	Nombre de la persona	¿Cuál es su status de trabajo?	¿Trabajó continuamente durante los últimos 12 meses?	Si contestó en columna 131 el núm. 2, "no trabajó continuamente" (indique los meses trabajados)	¿Cuál es el sitio de trabajo? (Indique lugar)	¿Qué clase de trabajo realiza? (Indique ocupación)	Código de Ocupación	¿Qué fabrica o hace esa compañía (Indique Industria)	Código de Industria		
	130	what's your employment status?									
	131	Have you had that ^{any} job?									
	132	If no, how many months working?									
	134	where do you work ~ Govt, private, self-employed									
	135	Type of work ~ occupation									
	138	what do you manufacture or do?									

Status de trabajo (130)	¿Trabajó usted continuamente? (131)	Sitio de trabajo (134)
1. No aplica 2. Empleado 3. Desempleado 4. Retirado 5. Incapacitado para trabajar 9. No determinado	1. Sí 2. No, indique cuántos meses fueron trabajados. 3. No trabajó durante el último año (<i>pase a la parte de ingreso</i>)	1. Gobierno federal 2. Gobierno estatal 3. Gobierno municipal 4. Empresa privada 5. Negocio propio (cuenta propia) <i>self-</i> 9. No determinado <i>employe</i>

* what if more than one job?
 what if student?

Besides earnings

Nivel de Ingreso

of the Money

Además del ingreso devengado por empleo (si aplica), ¿qué otro ingreso reciben usted y el resto de las personas en la vivienda?

#	Nombre de la persona	¿Recibe usted o una de las personas en la familia alguna ayuda de Servicios Sociales, Seguro Social, Pensión alimenticia u otra? (Favor de indicar la cantidad de dinero por cada persona.)
		any extra income from welfare/social services, social security, alimony

Ingreso Familiar

Incluya todo el ingreso devengado por sueldo y otras ayudas de todas las personas en la familia. Los particulares, hospedados y sirvientes pueden tener ingresos diferentes aún cuando no tengan hogar en otro sitio. Favor de circular la cantidad, luego de haber realizado los debidos cálculos en las preguntas anteriores.

141 142

01 Menos de \$2,000	07 \$12,000 - \$13,999	13 \$24,000 - \$25,999	19 \$36,000 - \$37,999	25 \$48,000 - \$49,999
02 \$2,000 - \$3,999	08 \$14,000 - \$15,999	14 \$26,000 - \$27,999	20 \$38,000 - \$39,999	26 \$50,000 o más
03 \$4,000 - \$5,999	09 \$16,000 - \$17,999	15 \$28,000 - \$29,999	21 \$40,000 - \$41,999	99 No determinado
04 \$6,000 - \$7,999	10 \$18,000 - \$19,999	16 \$30,000 - \$31,999	22 \$42,000 - \$43,999	00 Ningún Ingreso
05 \$8,000 - \$9,999	11 \$20,000 - \$21,999	17 \$32,000 - \$33,999	23 \$44,000 - \$45,999	
06 \$10,000 - \$11,999	12 \$22,000 - \$23,999	18 \$34,000 - \$35,999	24 \$46,000 - \$47,999	

Los siguientes totales son para uso de la oficina (Totales de la Familia)

Total de personas en la familia

Total de visitas a médico

Total de visitas a dentista

Total de hospitalizaciones

Total de condiciones

Total de condiciones agudas

Total de condiciones crónicas

Número de las personas entrevistadas (Informante elegible)

CERNIMIENTO SOBRE EL ESTADO DE SALUD MENTAL Y SERVICIOS RECIBIDOS

Número de Tramo Censal _____

Número de Vivienda _____

10	11	12	13	14
----	----	----	----	----

Número de Control _____

Año de la entrevista _____

1	2	3	4
---	---	---	---

Municipio de Residencia _____

15	16
----	----

Uso de la oficina _____

Número de Bloque _____

5	6	7	8	9
---	---	---	---	---

Nombre y número de la persona _____

17	18
----	----

Las siguientes preguntas están relacionadas a la utilización de servicios de salud mental. En cada encasillado escriba el número de la alternativa correspondiente.

17-18	Nombre	1. Durante el último año, ¿usted o uno de los miembros de la familia ha recibido ayuda o tratamiento por problemas de conducta, emocional o mental, droga o alcohol? Si es afirmativo, pregunte donde recibió el servicio, número de veces y las razones.				Lugares donde recibió el servicio (20 - 25)
# P E R S O N A		19	20 - 25	26 - 31	32 - 37	
		Ha recibido	Donde recibió el servicio (Máximo hasta tres lugares)	Número de veces	Código de razones	
						01. Hospital general
						02. Hospital psiquiátrico
						03. Sala de emergencia médica
						04. Sala de emergencia psiquiátrica
						05. Centro de servicios médicos
						06. Programa ambulatorio tratamiento de salud mental
						07. Programa ambulatorio tratamiento de drogas
						08. Programa ambulatorio tratamiento de alcohol
						09. Unidad de medicina conductual
						10. Programa ambulatorio con mantenimiento de medicamento
						11. Oficina privada médico
						12. Oficina privada psiquiatra
						13. Oficina privada psicólogo
						14. Programa de metadona
						15. Programa de tratamiento residencial
						16. OOCA (Oficina de Orientación y Coordinación ASMCA)
						17. Otros lugares de salud, especifique _____

<p>Ha recibido (19)</p> <p>1. Sí, lo recibió</p> <p>2. No lo necesitaba (<i>pase a columna 53-prevencción</i>)</p> <p>3. No solicitó y lo necesitaba (<i>pase a columna 32-37 y luego a la col. 46</i>)</p> <p>4. Lo solicitó y no lo recibió (<i>pase a columna 32-37 y luego a la col. 46</i>)</p> <p>9. No determinado</p>	<p>Código de Razones (32 -37)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. Problemas emocionales o mentales</td> <td style="width: 33%;">5. Sobredosis</td> <td style="width: 33%;">9. Presión legal</td> </tr> <tr> <td>2. Problemas de alcohol</td> <td>6. Malestar no específico</td> <td>10. Desintoxicación</td> </tr> <tr> <td>3. Problemas de drogas</td> <td>7. Problemas familiares</td> <td>11. Mantenimiento en metadona</td> </tr> <tr> <td>4. Intento de suicidio</td> <td>8. Problemas escolares</td> <td>12. Otra razón, especifique _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>99. No determinado</td> </tr> </table>	1. Problemas emocionales o mentales	5. Sobredosis	9. Presión legal	2. Problemas de alcohol	6. Malestar no específico	10. Desintoxicación	3. Problemas de drogas	7. Problemas familiares	11. Mantenimiento en metadona	4. Intento de suicidio	8. Problemas escolares	12. Otra razón, especifique _____			99. No determinado
1. Problemas emocionales o mentales	5. Sobredosis	9. Presión legal														
2. Problemas de alcohol	6. Malestar no específico	10. Desintoxicación														
3. Problemas de drogas	7. Problemas familiares	11. Mantenimiento en metadona														
4. Intento de suicidio	8. Problemas escolares	12. Otra razón, especifique _____														
		99. No determinado														

# P E R S O N A	2. Durante el último año, ¿usted o uno de los miembros de la familia necesitó algún servicio de salud mental, droga o alcohol y no lo obtuvo o no completó el servicio que le fue ofrecido? <i>Si es afirmativo, lea las razones diciendo.</i> Le voy a leer la lista de razones que algunas personas dan para no haber recibido los servicios que necesitan o para no completar los servicios que le ofrecen. Según vaya leyendo dígame si esa fue una razón por la que usted o algún miembro de la familia no recibió el servicio que necesitaba o no completó el servicio que le ofrecieron.				PREVENCIÓN									
	16	47-52			53									
Nombre	Servicio	Lista de razones (Máximo hasta tres)			Lista de razones (47-52)					Ha utilizado usted o uno de los miembros algún servicio de prevención de salud?	Si es afirmativo, indique, cuál?			
					1. No podía llegar al centro de tratamiento, programa o proveedor usando la transportación pública y no tenía transportación personal.									
					2. Los centros más cercanos estaban demasiado lejos.									
					3. El horario del centro de tratamiento conflige con su hora de trabajo.									
					4. El centro o los programas de tratamiento estaban llenos.									
					5. No pudo obtener el tipo de tratamiento que quería.									
					6. Estaba en la lista de espera, pero cuando lo llamaron había cambiado de idea.									
					7. No tenía seguro de salud u otra forma de pago por más tratamiento.									
					8. Tenía una incapacidad o problema físico, por lo que el centro no le era accesible.									
					9. El centro o programa le puso muchas dificultades o necesitaba hacer muchos trámites.									
					10. Agotó los beneficios del seguro o tarjeta de salud.									
					11. Tenía que esperar mucho.									
					12. El centro o programa no tenía los servicios especiales que usted necesitaba, como cuidado de salud médica o mental, vivienda, consejería para empleo o cuidado infantil.									
					13. Tenía que conseguir autorización del plan de seguro.									
					14. No sabía dónde conseguir el servicio.									
					15. Tuvo problemas en conseguir la cita por teléfono.									
					16. No buscó los servicios porque creía que el problema se resolvería.									
					17. No existe cuidado de menores, durante tratamiento de la madre con niños dependientes.									
					18. No existe coordinación con otras entidades que ofrecen servicios especializados para mujeres embarazadas con condición de HIV.									
					19. No existen servicios especializados a menores con condiciones mentales severas.									
					20. Otra especifique _____									

Servicio .. (46)	Ha utilizado.. (53)	Si es afirmativo, indique.. (54-58)	
1. Si	1. Si <i>(pase a la próxima pregunta)</i>	1. Alcohol	4. Salud mental
2. No	2. No <i>(pase a lactancia materna)</i>	2. Drogas	5. Salud física
9. No determinado	9. No determinado	3. Tabaco	9. No determinado

CERNIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

Número de Tramo Censal _____

Año de la entrevista

1	2	3	4
---	---	---	---

Número de Bloque

5	6	7	8	9
---	---	---	---	---

Número de Vivienda

10	11	12	13	14
----	----	----	----	----

Municipio de Residencia

15	16
----	----

Nombre y Número de Persona

17	18
----	----

Núm. de Control
<i>Uso de la oficina</i>

Las siguientes preguntas están relacionadas a lactancia materna. Estas preguntas aplican solamente a la mujer que se entrevista y que tenga entre 18 a 50 años de edad. En cada encasillado escriba el número de la alternativa correspondiente.

17-18	19	20	21	22	
# P e r s o n a	Nombre	Durante los últimos doce (12) meses, ¿Usted tuvo un bebé nacido vivo?	Durante los últimos doce (12) meses, ¿usted ha lactado a su bebé?	Cuando su bebé tenía una semana, ¿lo alimentaba con?	Desde que nació su bebé, ¿usted ha intentado darle el pecho?

<p><i>Tuvo un bebé.. (19)</i></p> <p>1. Sí</p> <p>2. No (<i>terminó la encuesta</i>)</p>	<p><i>Durante..ha lactado..(20)</i></p> <p>1. Sí (<i>pase a la próxima pregunta</i>)</p> <p>2. No (<i>pase a la próxima pregunta</i>)</p>	<p><i>Cuando su bebé.. (21)</i></p> <p>1. Solamente leche de pecho (<i>pase a la columna 34</i>)</p> <p>2. Solamente leche de fórmula (<i>pase a la próxima pregunta</i>)</p> <p>3. Leche de pecho y fórmula (<i>pase a la columna 34</i>)</p> <p>4. Otros tipos de leche (<i>especifique _____, pase a la próxima pregunta</i>)</p>	<p><i>Desde que nació .. (22)</i></p> <p>1. Sí (<i>pase a la columna 34</i>)</p> <p>2. No (<i>pase a la próxima pregunta</i>)</p>
--	---	--	---

# P E R S O N A	Nombre	Le voy a leer una lista de razones por las cuales algunas mujeres no dan leche de pecho (no lactan) a sus bebés. Cuando le vaya leyendo cada una de las alternativas diga si fue una razón importante, poco importante o no fue una razón para usted no lactar a su bebé.									
		Creía que me lastimaría	Había tratado de dar el pecho a otro bebé y tuve dificultades	Creía que no podía producir suficiente leche	Creía que la botella sería más fácil o práctica	Tenía que ir a trabajar o a la escuela	Estaba tomando antibióticos o medicamentos	Mi bebé prefirió el biberón	Un médico, enfermera u otro profesional me dijo que no debía dar leche de pecho	Mi esposo o pareja no quería que le diera leche de pecho	Tenía una condición de salud (enferma)

Le voy a leer una lista.. (23-33)

1. Razón importante
2. Razón poco importante
3. No fue una razón para no lactar

# P E R S O N A	34	35-36	37	38-47									
	Nombre	En este momento, ¿está usted lactando su bebé o niño?	¿Qué edad tenía su bebé cuando dejó de lactarlo? (en la columna 37 indique del 1 al 4 si fueron días, semanas, meses o años)	Indicar días, semanas meses o años del bebé o niño	Le voy a leer una lista de razones por las cuales algunas mujeres no continúan lactando a sus bebés o niños. Cuando le vaya leyendo cada una de las alternativas diga <u>si</u> fue o <u>no</u> una razón para usted no continuar lactando a su bebé o niño.								
				Ya no producía suficiente leche	Tenia que ir a trabajar o a la escuela	Estaba tomando antibióticos o medicamentos	Tenia una condición de salud (enferma)	Quería lactar hasta dos meses de nacido	Quería lactar hasta seis meses de nacido	Quería lactar hasta un año de nacido	Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que no continuara lactando	Su esposo o pareja no quería que continuara lactando	Otra razón (debe especificar)

En este momento.. (34) 1. Sí (terminó la encuesta) 2. No (pase a la siguiente pregunta)	Indicar días.. (37) Debe indicar en esta columna si son: 1. días 2. semanas 3. meses 4. años	Le voy a leer una lista.. (38-47) 1. Sí 2. No
--	--	--

Do you go to school

6-18

Cernimiento sobre la Deserción Escolar y la Rehabilitación Vocacional

Las siguientes preguntas están relacionadas a la **DESERCIÓN ESCOLAR** y a la **REHABILITACIÓN VOCACIONAL**. Aplica a toda persona entre las edades de **6 a 18 años**.

Persona	Al presente, ¿esta persona está matriculado (a) y asiste regularmente a la escuela?	Al presente, ¿esta persona pertenece al programa de rehabilitación vocacional?
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		

Al presente, ¿esta persona está matriculado (a)...?	Al presente, ¿esta persona pertenece al...?
1. Sí 2. No 9. No determinado	1. Sí 2. No 9. No determinado