

**1997 Behavioral Risk Factor Questionnaire
Optional Modules
Spanish Version**

Module 1:	Diabetes	1
Module 2:	Sexual Behavior	5
Module 3:	Health Care Coverage	8
Module 4:	Health Care Utilization	11
Module 5:	Oral Health	16
Module 6:	Preventive Counseling Services	18
Module 7:	Cardiovascular Disease	21
Module 8:	Arthritis	25
Module 9:	Quality of Life	27
Module 10:	Fruits and Vegetables	31
Module 11:	Exercise	34
Module 12:	Weight Control	38
Module 13:	Folic Acid	40
Module 14:	Firearms	42
Module 15:	Social Context	45
Module 16:	Smokeless Tobacco	47

Module 1: Diabetes

1. ¿Qué edad tenía usted cuando le dijeron que usted tenía diabetes?
(149-150)
- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Code age in years [76=76 and older] | — | — |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 |
2. ¿Se está usted administrando insulina actualmente? (151)
- | | |
|---------------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No Go to Q. 4 | 2 |
| Refused Go to Q. 4 | 9 |
3. Actualmente, ¿aproximadamente con qué frecuencia usa insulina?
(152-154)
- | | | | |
|---------------------|---|---|---|
| a. Times per day | 1 | — | — |
| b. Times per week | 2 | — | — |
| c. Use insulin pump | 3 | 3 | 3 |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 | 9 |
4. ¿Aproximadamente con qué frecuencia se hace pruebas de sangre para detectar glucosa o azúcar? Incluya las veces en que un familiar o amigo le hace la prueba, pero no las veces cuando un profesional de salud le hace la prueba.
(155-157)
- | | | | |
|---------------------|---|---|---|
| a. Times per day | 1 | — | — |
| b. Times per week | 2 | — | — |
| c. Times per month | 3 | — | — |
| d. Times per year | 4 | — | — |
| e. Never | 8 | 8 | 8 |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 | 7 |

Refused

9 9 9

5. ¿Ha oído hablar de la hemoglobina glucosilada o de la hemoglobina "A uno C"?
- | | | |
|---------------------|-------|---|
| | (158) | |
| a. Yes | | 1 |
| b. No | | 2 |
| Don't know/Not sure | | 7 |
| Refused | | 9 |
6. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante el pasado año, ha visitado a un médico, enfermera u otro profesional de salud por su diabetes?
- | | | |
|---------------------------------------|-----------|-----|
| | (159-160) | |
| a. Number of times | | — — |
| b. None Go to Q. 9 | | 8 8 |
| Don't know/Not sure Go to Q. 9 | | 7 7 |
| Refused Go to Q. 9 | | 9 9 |
- If "No," "Dk/Ns," or "Refused" to Q. 5, go to Q. 8.**
7. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante el pasado año, le ha examinado un médico, una enfermera u otro profesional de salud por hemoglobina glucosilada o hemoglobina "A uno C"?
- | | | |
|---------------------|-----------|-----|
| | (161-162) | |
| a. Number of times | | — — |
| b. None | | 8 8 |
| Don't know/Not sure | | 7 7 |
| Refused | | 9 9 |
8. ¿Aproximadamente cuántas veces, durante el pasado año, le ha examinado un profesional de salud los pies buscando llagas o irritaciones?
- | | | |
|---------------------|-----------|-----|
| | (163-164) | |
| a. Number of times | | — — |
| b. None | | 8 8 |
| Don't know/Not sure | | 7 7 |
| Refused | | 9 9 |

9. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de los ojos con dilatación de las pupilas? Este examen le debe haber dejado temporalmente sensible a la luz brillante. (165)

Read Only if Necessary

- | | |
|--|---|
| a. Dentro del último mes(0 a 1 mes atrás) | 1 |
| b. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) | 2 |
| c. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) | 3 |
| d. Dos años o más atrás | 4 |
| e. Nunca | 8 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

Ahora querría hacerle tres preguntas sobre cómo ve con sus lentes o gafas o lentes de contacto, si es que los usa.

10. ¿Qué parte del tiempo nota que su vista le limita para reconocer a personas u objetos al otro lado de la calle? (166)

Usted diría que: **Please Read**

- | | |
|--------------------------|---|
| a. Todo el tiempo | 1 |
| b. La mayoría del tiempo | 2 |
| c. Parte del tiempo | 3 |
| d. Muy de vez en cuando | 4 |
| O | |
| e. Nunca | 5 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

**Do not
read these
responses**

11. ¿Qué parte del tiempo nota que su vista le limita para leer un periódico, revista, receta, menú o los números en el teléfono?
(167)

Usted diría que: **Please Read**

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| a. | Todo el tiempo | 1 |
| b. | La mayoría del tiempo | 2 |
| c. | Parte del tiempo | 3 |
| d. | Muy de vez en cuando | 4 |
| | O | |
| e. | Nunca | 5 |

Do not read these responses	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

12. ¿Qué parte del tiempo nota que su vista le limita para mirar la televisión?
(168)

Usted diría que: **Please Read**

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| a. | Todo el tiempo | 1 |
| b. | La mayoría del tiempo | 2 |
| c. | Parte del tiempo | 3 |
| d. | Muy de vez en cuando | 4 |
| | O | |
| e. | Nunca | 5 |

Do not read these responses	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

Module 2: Sexual Behavior

If respondent 50 years old or older, go to next module

1. Durante los últimos doce meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? (169-170)
 - a. Number — —
 - b. None **Go to Next Module** 8 8
 - Don't know/Not sure 7 7
 - Refused 9 9

2. ¿Se usó un condón la última vez que tuvo relaciones sexuales? (171)
 - a. Yes 1
 - b. No **Go to Q. 4** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q. 4** 7
 - Refused **Go to Q. 4** 9

3. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿se usó el condón ... (172)

Please Read

 - a. Para prevenir el embarazo? 1
 - b. Para prevenir enfermedades como la sífilis, la gonorrea o el SIDA? 2
 - c. Por ambas de estas razones? 3
 - d. **O** Por alguna otra razón? 4
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

4. Algunas personas usan los condones para no contagiarse con el VIH durante la actividad sexual. ¿Qué tan efectivo piensa usted que es un condón, usado correctamente, para este propósito? (173)

Usted diría que: **Please read**

	a. Muy efectivo	1
	b. Más o menos efectivo	2
	O	
	c. Nada efectivo	3
Do not read these responses	Don't know how effective	4
	Don't know method	5
	Refused	9

5. ¿Cuántos nuevos compañeros sexuales tuvo usted en los pasados doce meses? (174-175)

A new sex partner is someone the respon- dent had sex with for the first time in the past 12 months	a. Number [76 = 76 or more]	—	—
	b. None	8	8
	Don't know/Not sure	7	7
	Refused	9	9

6. Le voy a leer una lista. Cuando termine, por favor dígame si alguna de las situaciones se aplica a su caso. No necesita decirme cuál.

Usted usó drogas intravenosas durante el último año

Ha sido tratado por una enfermedad de transmisión sexual o venérea durante el último año

Ha dado resultados positivos para el VIH, el virus que causa el SIDA

Ha tenido relaciones sexuales por el recto sin usar un condón durante el último año

¿Se aplica alguna de estas situaciones a su caso? (176)

- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

7. Durante los últimos cinco años, ¿ha recibido tratamiento por una enfermedad de transmisión sexual o venérea? (177)

- | | |
|--|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No Go to Next Module | 2 |
| Don't know/Not sure Go to Next Module | 7 |
| Refused Go to Next Module | 9 |

8. ¿Recibió tratamiento en una clínica de enfermedades de transmisión sexual del departamento de salud? (178)

- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

Module 3: Health Care Coverage

If "Dk/Ns" or "Refused" to core Q. 5, go to next module.

Previamente le pregunté acerca de su cobertura de salud.

If "None" to core Q. 7a or core Q. 7b, continue. Otherwise, go to Q. 2.

1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no tiene cobertura de salud? (179-180)

Reason Code	—	—
a. Lost job or changed employers Go to Next Module	0	1
b. Spouse or parent lost job or changed employers [includes any person who had been providing insurance prior to job loss or change] Go to Next Module	0	2
c. Became divorced or separated Go to Next Module	0	3
d. Spouse or parent died Go to Next Module	0	4
e. Became ineligible because of age or because left school Go to Next Module	0	5
f. Employer doesn't offer or stopped offering coverage Go to Next Module	0	6
g. Cut back to part time or became temporary employee Go to Next Module	0	7
h. Benefits from employer or former employer ran out Go to Next Module	0	8
i. Couldn't afford to pay the premiums Go to Next Module	0	9
j. Insurance company refused coverage Go to Next Module	1	0
k. Lost Medicaid or Medical Assistance eligibility Go to Next Module	1	1
l. Other Go to Next Module	8	7
Don't know/Not sure Go to Next Module	7	7

Refused **Go to Next Module**

9 9

2. Fuera de [fill in type (Medicare/Medicaid/la cobertura de salud que paga por la mayoría de su atención médica) from core Q. 6, Q. 7a, or Q. 7b], ¿tiene algún otro tipo de cobertura de salud? (181)

Do not include plans that only cover one type of service or care

- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

If respondent 66 years old or older, go to next module

3. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en que no tenía seguro ni cobertura de salud? (182)
- | | |
|--|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No Go to Next Module | 2 |
| Don't know/Not sure Go to Next Module | 7 |
| Refused Go to Next Module | 9 |

4. ¿Cuál fue la razón principal de que no tuviera cobertura de salud?
(183-184)

Reason Code	—	—
a. Lost job or changed employers	0	1
b. Spouse or parent lost job or changed employers [includes any person who had been providing insurance prior to job loss or change]	0	2
c. Became divorced or separated	0	3
d. Spouse or parent died	0	4
e. Became ineligible because of age or because left school	0	5
f. Employer doesn't offer or stopped offering coverage	0	6
g. Cut back to part time or became temporary employee	0	7
h. Benefits from employer or former employer ran out	0	8
i. Couldn't afford to pay the premiums	0	9
j. Insurance company refused coverage	1	0
k. Lost Medicaid or Medical Assistance eligibility	1	1
l. Other	8	7
Don't know/Not sure	7	7
Refused	9	9

Module 4: Health Care Utilization

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su médico u otro profesional de salud, y sobre la atención de salud que recibe.

1. ¿Cómo clasificaría su grado de satisfacción con su atención total de salud? (185)

¿Diría usted que: **Please read**

- | | |
|--|---|
| a. Excelente? | 1 |
| b. Muy buena? | 2 |
| c. Buena? | 3 |
| d. Regular? | 4 |
| O | |
| e. Insatisfactoria? | 5 |
| Not applicable/don't use any health services | 8 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

**Do not
read these
responses**

2. ¿Hay alguna clínica, centro de salud, oficina de doctor u otro lugar al cual usted acude si está enfermo o necesita consejo acerca de su salud? (186)

- | | |
|--|---|
| a. Yes Go to Q. 5 | 1 |
| b. More than one place Go to Q. 4 | 2 |
| c. No | 3 |
| Don't know/Not sure Go to Next Module | 7 |
| Refused Go to Next Module | 9 |

3. ¿Cuál es el motivo principal por el cual usted no tiene una fuente habitual de atención médica? (187-188)

Reason Code	—	—
a. Two or more usual places	0	1
b. Have not needed a doctor Go to Next Module	0	2
c. Do not like/trust/believe in doctors Go to Next Module	0	3
d. Do not know where to go Go to Next Module	0	4
e. Previous doctor is not available/moved Go to Next Module	0	5
f. No insurance/cannot afford Go to Next Module	0	6
g. Speak a different language Go to Next Module	0	7
h. No place is available/close enough/convenient Go to Next Module	0	8
i. Other Go to Next Module	0	9
Don't know/Not sure Go to Next Module	7	7
Refused Go to Next Module	9	9

4. ¿Asiste usted a uno de estos lugares con más frecuencia cuando está enfermo o necesita consejo acerca de su salud? (189)

a. Yes	1
b. No Go to Next Module	2
Don't know/Not sure Go to Next Module	7
Refused Go to Next Module	9

5. ¿Qué tipo de lugar es--una clínica, un centro médico, un hospital, un consultorio médico o algún otro lugar? (190-191)

Reason Code	— —
a. Doctor's office or private clinic	0 1
b. Company or school health clinic/center	0 2
c. Community/migrant/rural clinic/center	0 3
d. County/city/public hospital outpatient clinic	0 4
e. Private/other hospital outpatient clinic	0 5
f. Hospital emergency room	0 6
g. HMO/prepaid group	0 7
h. Psychiatric hospital or clinic	0 8
i. VA hospital or clinic	0 9
j. Military health care facility	1 0
k. Some other kind of place	1 1
Don't know/Not sure	7 7
Refused	9 9

6. Teniendo en cuenta la distancia o el tiempo de viaje que necesita para llegar al lugar al que va normalmente, ¿cómo clasificaría la conveniencia de tal lugar? (192)

¿Diría usted que: **Please read**

a. Excelente?	1
b. Muy buena?	2
c. Buena?	3
d. Regular?	4
o	
e. Insatisfactoria?	5
Doesn't have usual place	6
Don't know/Not sure	7

**Do not
read these
responses**

Refused

9

7. ¿Hay algún médico o profesional de salud en particular al que normalmente consulta cuando necesita atención médica de rutina? (193)

If "no," ask "¿Hay más de uno o no hay médico habitual donde se atiende usted?"	a.	Yes, only one	1
	b.	More than one Go to Next Module	2
	c.	No Go to Next Module	3
		Don't know/Not sure Go to Next Module	7
		Refused Go to Next Module	9

8. ¿Cuándo fue la última vez que cambió de médico? (194)

Read only if necessary

"Médicos" includes other health professionals	a.	Dentro del último año (1 a 12 meses atrás)	1
	b.	Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás)	2
	c.	Dentro de los últimos tres años (2 a 3 años atrás)	3
	d.	Dentro de los últimos cinco años (3 a 5 años atrás)	4
	e.	Cinco años o más atrás	5
	f.	Nunca Go to Next Module	8
		Don't know/Not sure Go to Next Module	7
	Refused Go to Next Module	9	

9. ¿Por qué cambió de médico la última vez? (195-196)

	Reason Code	—	—
"Médicos" includes other health professionals	a. Changed residence or moved	0	1
	b. Changed jobs	0	2
	c. Changed health care coverage	0	3
	d. Provider moved or retired	0	4
	e. Dissatisfied with former provider or liked new provider better	0	5
	f. Former provider no longer reimbursed by my health care coverage	0	6
	g. Owed money to former provider	0	7
	h. Medical care needs changed	0	8
	i. Other	8	7
	Don't know/Not sure	7	7
	Refused	9	9

Module 5: Oral Health

1. ¿Cuándo fue la última vez que usted visitó a un dentista o una clínica dental? (197)

Read only if necessary

- | | |
|--|---|
| a. Dentro del último año (1 a 12 meses atrás) | 1 |
| Go to Q. 3 | |
| b. Dentro de los últimos dos años (1 a 2 años atrás) | 2 |
| c. Dentro de los últimos cinco años (2 a 5 años atrás) | 3 |
| d. Cinco años o más atrás | 4 |
| Don't know/Not sure Go to Q. 3 | 7 |
| Never | 8 |
| Refused Go to Q. 3 | 9 |

2. ¿Cuál es el motivo principal por el cual usted no visitó al dentista el año pasado? (198-199)

Reason code — —

Read only if necessary

- | | |
|--|-----|
| a. Temor, aprensión, nervios, dolor, no me gusta ir | 0 1 |
| b. Costo | 0 2 |
| c. No tengo/no conozco un dentista | 0 3 |
| d. No puedo llegar a la oficina/clínica (demasiado lejos, no hay transporte, no hay citas disponibles) | 0 4 |
| e. No hay motivo para ir (falta de problemas, no dientes) | 0 5 |
| f. Otras prioridades | 0 6 |
| g. No lo pensé | 0 7 |
| h. Otro | 0 8 |
| Don't know/Not sure | 7 7 |

Refused

9 9

3. ¿Cuántos dientes permanentes se le han extraído debido a caries o enfermedad de las encías? No incluya los dientes perdidos por otros motivos, como accidentes u ortodoncia. (200)
- a. 5 or fewer 1
 - b. 6 or more but not all 2
 - c. All 3
 - d. None 8
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
4. ¿Tiene usted algún tipo de seguro que pague por parte o toda su atención dental de rutina, incluyendo seguro dental, planes prepagos como los HMO o planes del gobierno como Medicaid? (201)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

Module 6: Preventive Counseling Services

Las próximas preguntas son acerca de los servicios de los consejos relacionados con la prevención que quizás recibió de un médico, enfermera u otro profesional de la salud.

1. ¿Le habló su médico u otro profesional de salud alguna vez acerca de su dieta y hábitos de comidas? (202)

If yes, ask "¿Aproximadamente cuánto hace de esto?"	a.	Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago)	1
	b.	Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago)	2
	c.	Yes, 3 or more years ago	3
	d.	No	4
		Don't know/Not sure	7
	Refused	9	

2. ¿Le habló su médico u otro profesional de salud alguna vez acerca de las actividades físicas o el ejercicio? (203)

If yes, ask "¿Aproximadamente cuánto hace de esto?"	a.	Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago)	1
	b.	Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago)	2
	c.	Yes, 3 or more years ago	3
	d.	No	4
		Don't know/Not sure	7
	Refused	9	

3. ¿Le habló (su médico u otro profesional de salud alguna vez) sobre la prevención de daños, por ejemplo, el uso de cinturones de seguridad, el uso de cascos o de los detectores de humo?(204)

If yes, ask "¿Aproximadamente cuánto hace de esto?"	a.	Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago)	1
	b.	Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago)	2
	c.	Yes, 3 or more years ago	3
	d.	No	4
		Don't know/Not sure	7

Refused 9

4. ¿Le habló (su médico u otro profesional de salud alguna vez) sobre el abuso de drogas? (205)

If yes, ask "¿Aproximadamente cuánto hace de esto?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1

b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2

c. Yes, 3 or more years ago 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

5. ¿Le ha hablado un médico u otro profesional de salud, en algún momento, sobre el uso del alcohol? (206)

If yes, ask "¿Aproximadamente cuánto hace de esto?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1

b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2

c. Yes, 3 or more years ago 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

If "No" to core Q. 26 or "Not at all" to core Q. 27, go to Q. 7

6. ¿Le ha aconsejado (un médico u otro profesional de salud), en algún momento, que deje de fumar? (207)

If yes, ask "¿Aproximadamente cuánto hace de esto?"

a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago) 1

b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago) 2

c. Yes, 3 or more years ago 3

d. No 4

Don't know/Not sure 7

Refused 9

If respondent 65 years old or older, go to next module

7. ¿Le ha hablado (un médico u otro profesional de salud), en algún momento, acerca de sus prácticas sexuales, incluso planificación familiar, enfermedades transmitidas sexualmente, el SIDA o el uso de condones? (208)

If yes, ask	a. Yes, within the past 12 months (1 to 12 months ago)	1
"¿Aproximadamente		
cuánto hace	b. Yes, within the past 3 years (1 to 3 years ago)	2
de esto?"	c. Yes, 3 or more years ago	3
	d. No	4
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

Module 7: Cardiovascular Disease

1. Para reducir su riesgo de desarrollar enfermedad del corazón o un embolio cerebral, ¿le ha aconsejado un médico que...

Please Read	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Coma menos alimentos ricos en grasas o en colesterol?	1	2	7	9	(209)
b. Haga más ejercicios?	1	2	7	9	(210)

2. Para reducir su riesgo de desarrollar enfermedad del corazón o un embolio cerebral, ¿está usted...

Please Read	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Comiendo menos alimentos ricos en grasas o en colesterol?	1	2	7	9	(211)
b. Haciendo más ejercicios?	1	2	7	9	(212)

3. ¿Le ha dicho alguna vez su médico que usted tenía alguno de los siguientes?

Please Read	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Ataque cardíaco o infarto del miocardio	1	2	7	9	(213)
b. Angina o enfermedad cardíaca coronaria	1	2	7	9	(214)
c. Embolio cerebral	1	2	7	9	(215)

If respondent 35 years old or older continue with Q. 4. Otherwise, go to next module.

4. ¿Toma aspirina diariamente o día por medio? (216)
- | | | |
|--------|---------------------|---|
| a. Yes | Go to Q. 6 | 1 |
| b. No | | 2 |
| | Don't know/Not sure | 7 |
| | Refused | 9 |

5. ¿Tiene usted un problema de salud o una condición que hace que el tomar aspirinas sea peligroso para usted? (217)

If yes, ask "Se trata de un problema con el estómago?" Code upset stomachs as stomach problems	a. Yes, not stomach related	Go to Q. 7	1
	b. Yes, stomach problems	Go to Q. 7	2
	c. No	Go to Q. 7	3
	Don't know/Not sure	Go to Q. 7	7
	Refused	Go to Q. 7	9

6. ¿Por qué toma aspirina?

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Ref</u>	
a. Para aliviar el dolor	1	2	7	9	(218)
b. Para reducir la posibilidad de un ataque cardíaco	1	2	7	9	(219)
c. Para reducir la posibilidad de un embolio cerebral	1	2	7	9	(220)

If respondent is male or is female and pregnant, go to next module.

Las preguntas siguientes se refieren a la menopausia, o sea lo que algunas mujeres llaman el "cambio de vida".

If "yes" to core Q. 59 or if respondent is age 65 or older, go to Q. 8.

7. ¿Ha pasado o está pasando actualmente la menopausia? (221)

Probe for which	a. Yes, have gone through menopause		1
	b. Yes, now going through menopause		2
	c. No	Go to Next Module	3
	Don't know/Not sure	Go to Next Module	7
	Refused	Go to Next Module	9

8. Los estrógenos, como Premarin, y los progestágenos, como Provera, son hormonas femeninas que pueden prescribirse alrededor de la época de la menopausia, después de la menopausia o después de una histerectomía. ¿Le ha hablado su médico sobre los beneficios y riesgos del estrógeno? (222)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
9. Fuera de las píldoras de control de la natalidad, ¿le ha prescrito su médico píldoras de estrógeno? (223)
- a. Yes 1
 - b. No **Go to Next Module** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Next Module** 7
 - Refused **Go to Next Module** 9
10. ¿Está tomando actualmente píldoras de estrógeno? (224)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure **Go to Next Module** 7
 - Refused **Go to Next Module** 9

Do not
include
estrogen
patches

Do not
include
estrogen
patches

11. ¿Por qué...

está tomando...[if "Yes" to Q. 10]

tomó...[if "No" to Q. 10]

...píldoras de estrógeno?

	Please Read	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Dk/Ns</u>	<u>Never took</u>	<u>Ref</u>	
a.	Para prevenir un ataque cardíaco	1	2	7	8	9	(225)
b.	Para tratar o prevenir el adelgazamiento de los huesos, la pérdida de hueso o la osteoporosis	1	2	7	8	9	(226)
c.	Para tratar síntomas de la menopausia, como los sofocos	1	2	7	8	9	(227)

Module 8: Arthritis

1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido dolores, molestias, agarrotamiento o hinchazón en o alrededor de una articulación? (228)
- a. Yes 1
 - b. No **Go to Q. 4** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q. 4** 7
 - Refused **Go to Q. 4** 9
2. ¿Estaban esos síntomas presentes la mayoría de los días durante al menos un mes? (229)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
3. ¿Está actualmente limitado de alguna manera en cualquier actividad debido a los síntomas en las articulaciones? (230)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

4. ¿Le ha informado su médico alguna vez que tiene artritis? (231)
- | | |
|--|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No Go to Next Module | 2 |
| Don't know/Not sure Go to Next Module | 7 |
| Refused Go to Next Module | 9 |
5. ¿Qué tipo de artritis le informó su médico que tenía? (232-233)
- | | |
|--|-----|
| Type Code | — — |
| Read Only if Necessary | |
| a. Osteoartritis/artritis degenerativa | 0 1 |
| b. Reumatismo | 0 2 |
| c. Artritis reumatoidea | 0 3 |
| d. Enfermedad de Lyme | 0 4 |
| e. Otro (especifique)_____ | 0 7 |
| f. Nunca vio a un médico | 8 8 |
| Don't know/Not sure | 7 7 |
| Refused | 9 9 |
6. ¿Está actualmente bajo tratamiento de un médico el artritis? (234)
- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

Module 9: Quality of Life

Las próximas preguntas son acerca de las limitaciones que usted puede tener en su vida diaria.

1. ¿Está usted limitado en alguna manera en algunas actividades como resultado de algún impedimento o problema de salud? (235)
 - a. Yes 1
 - b. No **Go to Q. 6** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Q. 6** 7
 - Refused **Go to Q. 6** 9

2. ¿Cuál es el impedimento o problema de salud significativo que limita sus actividades? (236-237)

Reason Code	— —
a. Arthritis/rheumatism	0 1
b. Back or neck problem	0 2
c. Fractures, bone/joint injury	0 3
d. Walking problem	0 4
e. Lung/breathing problem	0 5
f. Hearing problem	0 6
g. Eye/vision problem	0 7
h. Heart problem	0 8
i. Stroke problem	0 9
j. Hypertension/high blood pressure	1 0
k. Diabetes	1 1
l. Cancer	1 2
m. Depression/anxiety/emotional problem	1 3
n. Other impairment/problem	1 4
Don't know/Not sure	7 7
Refused	9 9

3. ¿Durante cuánto tiempo han estado limitadas sus actividades como resultado de su impedimento o problema de salud significativo?
(238-240)
- | | | | |
|---------------------|---|----|----|
| a. Days | 1 | __ | __ |
| b. Weeks | 2 | __ | __ |
| c. Months | 3 | __ | __ |
| d. Years | 4 | __ | __ |
| Don't know/Not Sure | 7 | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 | 9 |
4. Como resultado de algún impedimento o problema de salud, ¿necesita usted la ayuda de otras personas con sus necesidades de ATENCION PERSONAL, como comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa?
(241)
- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |
5. Como resultado de algún impedimento o problema de salud, ¿necesita usted la ayuda de otras personas para manejar sus necesidades de rutina, como las tareas domésticas, los trámites necesarios, las compras o movilizarse por otros motivos?
(242)
- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

6. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días el dolor le dificultó cumplir con sus actividades normales, como la atención personal, el trabajo o el entretenimiento? (243-244)
- | | | |
|---------------------|---|---|
| a. Number of days | — | — |
| b. None | 8 | 8 |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 |
7. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se ha sentido usted triste, melancólico o deprimido? (245-246)
- | | | |
|---------------------|---|---|
| a. Number of days | — | — |
| b. None | 8 | 8 |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 |
8. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se ha sentido usted preocupado, tenso o ansioso? (247-248)
- | | | |
|---------------------|---|---|
| a. Number of days | — | — |
| b. None | 8 | 8 |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 |
9. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días ha sentido usted que no descansó o durmió lo suficiente? (249-250)
- | | | |
|---------------------|---|---|
| a. Number of days | — | — |
| b. None | 8 | 8 |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 |

10. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se ha sentido usted muy sano y lleno de energía?	(251-252)
a. Number of days	— —
b. None	8 8
Don't know/Not sure	7 7
Refused	9 9

Module 10: Fruits and Vegetables

Estas próximas preguntas son sobre los alimentos que normalmente come o bebe. Por favor dígame cuán frecuente come o bebe cada uno; por ejemplo, dos veces por semana, tres veces al mes, etc. Recuerde, sólo estoy interesado(a) en los alimentos que usted come. Incluya todos los alimentos que come, tanto en casa como fuera de ella.

- | | |
|---|-----------|
| 1. ¿Cuán frecuente bebe jugos de fruta tales como naranja (china), toronja, o tomate? | (253-255) |
| a. Per day | 1 — — |
| b. Per week | 2 — — |
| c. Per month | 3 — — |
| d. Per year | 4 — — |
| e. Never | 5 5 5 |
| Don't know/Not sure | 7 7 7 |
| Refused | 9 9 9 |
| 2. Sin contar jugos, ¿cuán frecuente come frutas? | (256-258) |
| a. Per day | 1 — — |
| b. Per week | 2 — — |
| c. Per month | 3 — — |
| d. Per year | 4 — — |
| e. Never | 5 5 5 |
| Don't know/Not sure | 7 7 7 |
| Refused | 9 9 9 |

3.	¿Cuán frecuente come ensaladas verdes?	(259-261)			
	a. Per day	1	—	—	
	b. Per week	2	—	—	
	c. Per month	3	—	—	
	d. Per year	4	—	—	
	e. Never	5	5	5	
	Don't know/Not sure	7	7	7	
	Refused	9	9	9	
4.	¿Cuán frecuente come papas no incluya papas fritas o papitas fritas "chips"?	(262-264)			
	a. Per day	1	—	—	
	b. Per week	2	—	—	
	c. Per month	3	—	—	
	d. Per year	4	—	—	
	e. Never	5	5	5	
	Don't know/Not sure	7	7	7	
	Refused	9	9	9	
5.	¿Cuán frecuente come zanahorias?	(265-267)			
	a. Per day	1	—	—	
	b. Per week	2	—	—	
	c. Per month	3	—	—	
	d. Per year	4	—	—	
	e. Never	5	5	5	
	Don't know/Not sure	7	7	7	
	Refused	9	9	9	

6. Sin contar zanahorias, papas o ensalada, ¿cuántas porciones de
vegetales come usualmente? (268-270)

Example:	a. Per day	1	—	—
una porción	b. Per week	2	—	—
de vegetales	c. Per month	3	—	—
durante el	d. Per year	4	—	—
almuerzo y la	e. Never	5	5	5
cena cuentan	Don't know/Not sure	7	7	7
como dos	Refused	9	9	9
porciones				

Module 11: Exercise

Las próximas preguntas son sobre ejercicio, recreación, o actividades físicas fuera de sus deberes normales de trabajo.

1. Durante el pasado mes, ¿participó usted en alguna actividad física o ejercicios tales como correr, calistenia, golf, jardinería, o caminar? (271)

- | | |
|--|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No Go to Next Module | 2 |
| Don't know/Not sure Go to Next Module | 7 |
| Refused Go to Next Module | 9 |

2. ¿Qué tipo de actividad física o ejercicio hizo más durante el pasado mes? (272-273)

Activity (specify): _____ — —
See coding list A

Refused **Go to Q. 6** 9 9

Ask Q. 3 only if answer to Q. 2 is running, jogging, walking, or swimming. All others, go to Q. 4

3. ¿Qué distancia caminaba/corría/nadaba usualmente? (274-276)

See coding list B if response is not in miles and tenths	Miles and tenths	— —. —
	Don't know/Not sure	7 7 7
	Refused	9 9 9

4. ¿Cuántas veces por semana o por mes participó en esta actividad durante el pasado mes? (277-279)

- | | |
|---------------------|-------|
| a. Times per week | 1 — — |
| b. Times per month | 2 — — |
| Don't know/Not sure | 7 7 7 |
| Refused | 9 9 9 |

5. Y cuando tomaba parte en esta actividad, ¿por cuántos minutos u horas lo hacía normalmente? (280-282)

Hours and minutes	___	:	___	___
Don't know/Not sure	7	7	7	
Refused	9	9	9	

6. ¿Participó en alguna otra actividad física o ejercicio durante el pasado mes? (283)

a. Yes	1		
b. No Go to Next Module	2		
Don't know/Not sure Go to Next Module	7		
Refused Go to Next Module	9		

7. ¿Qué otro tipo de actividad física le brindó a usted el mayor ejercicio durante el pasado mes? (284-285)

Activity (specify): _____	___	___
See coding list A		
Refused Go to Next Module	9	9

Ask Q. 8 only if answer to Q. 7 is running, jogging, walking, or swimming. All others go to Q. 9.

8. ¿Qué distancia caminaba/corría/nadaba usualmente? (286-288)

See coding list B if response is not in miles and tenths	Miles and tenths	___	___	___
	Don't know/Not sure	7	7	7
	Refused	9	9	9

9. ¿Cuántas veces por semana o por mes participó en esta actividad?
(289-291)
- | | | | |
|---------------------|---|----|----|
| a. Times per week | 1 | __ | __ |
| b. Times per month | 2 | __ | __ |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 | 7 |
| Refused | 9 | 9 | 9 |
10. Y cuando tomaba parte en esta actividad, ¿por cuántos minutos u horas lo hacía normalmente?
(292-294)
- | | | | | |
|---------------------|----|---|----|----|
| Hours and minutes | __ | : | __ | __ |
| Don't know/Not sure | 7 | 7 | 7 | |
| Refused | 9 | 9 | 9 | |

**Activity List for Common Leisure Activities
Coding List A**

Code Description

01. Aerobics class	28. Racketball
02. Backpacking	29. Raking lawn
03. Badminton	30. Running
04. Basketball	31. Rope skipping
05. Bicycling for pleasure	32. Scuba diving
06. Boating (canoeing, rowing, sailing for pleasure or camping)	33. Skating - ice or roller
07. Bowling	34. Sledding, tobogganing
08. Boxing	35. Snorkeling
09. Calisthenics	36. Snowshoeing
10. Canoeing/rowing - in competition	37. Snow shoveling by hand
11. Carpentry	38. Snow blowing
12. Dancing-aerobics/ballet	39. Snow skiing
13. Fishing from river bank or boat	40. Soccer
14. Gardening (spading, weeding, digging, filling)	41. Softball
15. Golf	42. Squash
16. Handball	43. Stair climbing
17. Health club exercise	44. Stream fishing in waders
18. Hiking - cross-country	45. Surfing
19. Home exercise	46. Swimming laps
20. Horseback riding	47. Table tennis
21. Hunting large game - deer, elk	48. Tennis
22. Jogging	49. Touch football
23. Judo/karate	50. Volleyball
24. Mountain climbing	51. Walking
25. Mowing lawn	52. Waterskiing
26. Paddleball	53. Weight lifting
27. Painting/papering house	54. Other_____
	55. Bicycling machine exercise
	56. Rowing machine exercise

Coding List B

Lap Swimming

Size pool/Laps

50 ft. pool: 10 laps = .1 mile
 100 ft. pool: 5 laps = .1 mile
 50 meter pool: 3 laps = .1 mile

Running/Jogging/Walking

1/2 mile = .5 mile
 1/4 mile = .3 mile
 1/8 mile = .1 mile
 1 block = .1 mile

Module 12: Weight Control

	1. ¿Está tratando de perder peso?	(295)
	a. Yes Go to Q. 3	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9
	2. ¿Está actualmente tratando de mantener su peso, es decir, tratando de no aumentar de peso?	(296)
	a. Yes	1
	b. No Go to Q. 6	2
	Don't know/Not sure Go to Q. 6	7
	Refused Go to Q. 6	9
	3. ¿Está comiendo menos calorías o menos grasas para ...	
	perder peso? [if "Yes" on Q. 1]	
	evitar aumentar de peso? [if "Yes" on Q. 2]	(297)
Probe	a. Yes, fewer calories	1
for	b. Yes, less fat	2
which	c. Yes, fewer calories and less fat	3
	d. No	4
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9

4. ¿Está recurriendo a actividad física o a ejercicios para...
perder peso? [if "Yes" on Q. 1]
evitar aumentar de peso? [if "Yes" on Q. 2] (298)
- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |
5. ¿Cuánto querría pesar? (299-301)
- | | |
|---------------------|--------|
| Weight | — — — |
| | pounds |
| Don't know/Not sure | 7 7 7 |
| Refused | 9 9 9 |
6. Durante los pasados doce meses, ¿le ha hablado su médico,
enfermera, u otro profesional de salud sobre su peso? (302)
- | | |
|--|---|
| Probe
for
which a. Yes, lose weight | 1 |
| b. Yes, gain weight | 2 |
| c. Yes, maintain current weight | 3 |
| d. No | 4 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

Module 13: Folic Acid

	1. ¿Toma usted vitaminas o suplementos actualmente?	(303)
Include liquid supplements	a. Yes	1
	b. No Go to Q. 5	2
	Don't know/Not sure Go to Q. 5	7
	Refused Go to Q. 5	9
	2. ¿Son algunas de ellas multivitaminas?	(304)
	a. Yes Go to Q. 4	1
	b. No	2
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9
	3. ¿De esas vitaminas o suplementos que usted toma, contiene alguna el acido folico?	(305)
	a. Yes	1
	b. No Go to Q. 5	2
	Don't know/Not sure Go to Q. 5	7
	Refused Go to Q. 5	9
	4. ¿Con qué frecuencia toma usted esta vitamina o suplemento?	(306-308)
	a. Times per day	1 ___ ___
	b. Times per week	2 ___ ___
	c. Times per month	3 ___ ___
	Don't know/Not sure	7 7 7
	Refused	9 9 9

If respondent 45 years old or older, go to next module

5. Algunos expertos en salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos del ácido fólico de la vitamina B, por cuál de los siguientes motivos... (309)

Please Read

- | | | |
|----|--------------------------------------|---|
| a. | Para fortalecer los huesos | 1 |
| b. | Para prevenir defectos de nacimiento | 2 |
| c. | Para prevenir presión arterial alta | 3 |
| | or | |
| d. | Por alguna otra razón | 4 |

**Do not
read these
responses**

- | | | |
|--|---------------------|---|
| | Don't know/Not sure | 7 |
| | Refused | 9 |

Module 14: Firearms

Las siguientes preguntas se refieren a la seguridad y a las armas de fuego. Las armas de fuego incluyen armas tales como pistolas, escopetas y rifles. Cuando responda a las preguntas no incluya rifles neumáticos, pistolas de carreras ni armas que no pueden dispararse.

1. ¿Hay alguna arma de fuego actualmente en o alrededor de su casa? Incluya las que mantenga en un graage, área de almacenamiento fuera de la casa, automóvil, camión u otro vehículo. (310)
 - a. Yes 1
 - b. No **Go to Next Module** 2
 - Don't know/Not sure **Go to Next Module** 7
 - Refused **Go to Next Module** 9

2. ¿Es alguna de ellas un arma de mano, como pistolas o revólveres? (311)
 - a. Yes 1
 - b. No **Go to Q. 4** 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

3. ¿Es alguna de ellas un arma larga, como rifles o escopetas? (312)
 - a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

4. ¿Cuál es la razón principal para mantener armas de fuego dentro o alrededor de su hogar? (313)

¿Diría usted que son para...

Please Read

- | | |
|-----------------------|---|
| a. Cazar o deportes? | 1 |
| b. Protección? | 2 |
| c. Trabajo? | 3 |
| O | |
| d. Alguna otra razón? | 4 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |
5. ¿Hay alguna arma de fuego dentro o alrededor de su casa que se encuentre actualmente cargada y que no esté bajo llave? (314)
- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

Read the following if "employed" or "self-employed" on core Q. 42. Otherwise, go directly to Q. 6.

Las tres preguntas siguientes se refieren al uso de armas de fuego. Si es un oficial de la policía o tiene alguna otra ocupación que requiera y le autorice usar armas de fuego, no incluya el uso de armas de fuego asociado con su trabajo.

6. Durante los últimos 30 días, ¿ha llevado consigo un arma de fuego cargada, fuera de su casa para protección contra personas? (315)

- | | |
|---------------------|---|
| a. Yes | 1 |
| b. No | 2 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

7. Durante los últimos 30 días, ¿ha guiado un vehículo o ha sido un pasajero en un vehículo en el cual usted sabía que había un arma de fuego cargada? (316)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
8. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha enfrentado a otra persona con un arma de fuego, aunque no la disparara, para protegerse a sí mismo o proteger su propiedad o a otra persona? (317)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
9. Durante los últimos tres años, ¿ha asistido a un taller, clase o clínica de seguridad de armas de fuego? (318)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9
10. ¿Le pertenece a usted personalmente alguna de las armas de fuego mantenidas dentro o alrededor de su casa? (319)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not sure 7
 - Refused 9

Module 15: Social Context

Las siguientes preguntas se refieren a su vida cotidiana.

1. ¿Cómo considera la seguridad de su vecindario en lo que se refiere a crímenes? (320)

¿Diría usted que: **Please Read**

- | | |
|--|---|
| a. Sumamente seguro? | 1 |
| b. Bastante seguro? | 2 |
| c. Algo seguro? | 3 |
| d. No es seguro? | 4 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |
|
 | |
| 2. ¿Es usted el dueño o alquila su casa? (321) | |
| a. Own | 1 |
| b. Rent | 2 |
| Refused | 9 |
|
 | |
| 3. ¿Cuánto hace que vive en la dirección actual? (322) | |
| Read Only if Necessary | |
| a. Menos de seis meses (de 1 a 6 meses) | 1 |
| b. Menos de un año (de 6 a 12 meses) | 2 |
| c. Menos de dos años (de 1 a 2 años) | 3 |
| d. Dos años o más | 4 |
| Don't know/Not sure | 7 |
| Refused | 9 |

4. ¿Cuántos amigos íntimos o parientes le ayudarían con sus problemas emocionales o con sus sentimientos si usted lo necesitara? (323)
- a. 3 or more 1
 - b. 2 2
 - c. 1 3
 - d. None 4
 - Don't know/Not Sure 7
 - Refused 9
5. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado acerca de tener suficiente comida para usted o su familia? (324)
- a. Yes 1
 - b. No 2
 - Don't know/Not Sure 7
 - Refused 9

Module 16: Smokeless Tobacco Use

1. ¿Alguna vez ha usado o probado algún producto de tabaco que no se fuma como tabaco de mascar o rapé? (325)

Probe for chewing tobacco, snuff, or both	a. Yes, chewing tobacco	1
	b. Yes, snuff	2
	c. Yes, both	3
	d. No, neither Go to Closing Statement	4
	Don't know/Not sure Go to Closing Statement	7
	Refused Go to Closing Statement	9

2. ¿Actualmente usa algún producto de tabaco que no se fuma como tabaco de mascar o rapé? (326)

"Yes" includes occa- sional use	a. Yes, chewing tobacco	1
	b. Yes, snuff	2
	c. Yes, both	3
	d. No, neither	4
	Don't know/Not sure	7
	Refused	9