



Cuestionario sobre cánceres hematológicos  
Hematologic Malignancies Questionnaire

---

Centro para estudio de encuestas



1-7:8-15 **Número de centro:** \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

**N° en LEO:** \_\_\_\_\_

16-23 **Fecha de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes Día Año

24-31 **Fecha de hoy:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes Día Año

**INSTRUCCIONES: MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE O ESCRIBA LA RESPUESTA.**

### INFORMACIÓN SOBRE USTED

32 **1. Actualmente, usted:**

- 1  Está casado
- 2  Vive con alguien en una relación similar al matrimonio
- 3  Está separado
- 4  Es divorciado
- 5  Es viudo
- 6  Nunca se ha casado

33 **2. ¿Nació usted en Estados Unidos?**

- 1  No      2  Sí — Pase a la pregunta 3.

34-35 **En tal caso, ¿desde hace cuántos años vive en Estado Unidos?** \_\_\_ años

36 **¿En qué país nació?** \_\_\_\_\_ (País)

37 **3. ¿Qué número de hijo es usted? (Incluya sólo los nacidos vivos).**

- 1  Primer hijo
- 2  Segundo hijo
- 3  Tercer hijo
- 4  Cuarto hijo
- 5  Quinto hijo o más
- 6  No lo sé

38-43

4. **¿Cuál es su estatura y peso actualmente?** (Por favor redondee al siguiente número entero. Si está embarazada, informe el peso antes del embarazo).

**Estatura:** \_\_\_ pies \_\_\_ pulgadas      **Peso:** \_\_\_ \_\_\_ libras

44-46

5. **¿Cuánto pesaba hace dos años?** (Por favor redondee al siguiente número entero).

\_\_\_ \_\_\_ libras

47-49

6. **¿Cuánto pesaba a los 18 años?** (Por favor redondee al siguiente número entero).

\_\_\_ \_\_\_ libras

50

7. **¿Cuál situación lo describe mejor?**

- 1  Trabajo a tiempo completo con pago (35 o más horas por semana)
- 2  Trabajo a tiempo parcial con pago
- 3  No trabajo por el momento

**Pase a la pregunta 8 a continuación.**

**¿A qué se dedica usted?** (Marque todo lo que corresponda).

- 1  Quehaceres domésticos a tiempo completo
- 1  Trabajador de temporada
- 1  Estudiante
- 1  Discapacitado
- 1  Jubilado
- 1  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

51

52

53

54

55

56

57

8. **¿Cuál es el grado o nivel de educación más alto que terminó?**

- 1  Octavo grado o menos
- 2  Algo de secundaria o preparatoria
- 3  Graduado de la secundaria (preparatoria) o título GED
- 4  Colegio vocacional, técnico o de negocios
- 5  Unos años de universidad o título de capacitación intermedia (incluye universidad comunitaria)
- 6  Graduado después de 4 años de universidad (licenciatura)
- 7  Graduado de una escuela de posgrado o profesional
- 8  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

58 **9. En general, ¿cómo diría que es su salud?**  
 1  Excelente    2  Muy buena    3  Buena    4  Regular    5  Mala

59 **10. En comparación con la situación hace 1 año, ¿cómo calificaría ahora su salud general?**  
 1  Mucho mejor que hace 1 año  
 2  Un poco mejor que hace 1 año  
 3  Más o menos igual  
 4  Un poco peor que hace un 1 año  
 5  Mucho peor que hace 1 año

60 **11. Piense en la gente de su edad. ¿Diría usted que, comparado con otras personas de su misma edad, usted está en mejor estado físico, más o menos igual o peor?**  
 1  Mejor estado físico  
 2  Más o menos el mismo estado físico  
 3  Peor estado físico

61 **12. ¿Cuántas veces...**

	Nunca	Pocas veces	Parte de las veces	La mayor parte de las veces	Siempre
61 <b>cuenta usted con alguien dispuesto a escucharle si necesita hablar?.....</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
62 <b>cuenta usted con alguien que puede brindarle buen consejo respecto a un problema?.....</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
63 <b>cuenta usted con alguien que le demuestra cariño y afecto?.....</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
64 <b>cuenta usted con alguien que puede ayudarle con las tareas cotidianas?.....</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
65 <b>puede usted contar con alguien que le brinde apoyo emocional (hablar sobre los problemas o ayudarle a tomar una decisión difícil)?.....</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
66 <b>mantiene usted el tipo de contacto que desearía con alguien cercano, alguien en quien confía y quien puede ser su confidente?.....</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

67

**13. En los últimos 12 meses, ¿cómo diría que ha sido su salud emocional y psicológica?**

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala
- 6  No lo sé

68

**14. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o desesperado?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  Durante varios días
- 4  Más del 50 por ciento de los días
- 5  Casi a diario
- 6  No lo sé

69

**15. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o agrado en hacer las cosas?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  Durante varios días
- 4  Más del 50 por ciento de los días
- 5  Casi a diario
- 6  No lo sé

#### ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES

70

**16. Antes del reciente diagnóstico de cáncer, ¿recibió alguna vez tratamiento con quimioterapia para otro cáncer diferente?**

- 1  No
- 2  Sí

71

**17. Antes del reciente diagnóstico de cáncer, ¿recibió alguna vez radiación debido a una enfermedad?**

- 1  No
- 2  Sí

72

**18. ¿Recibió alguna vez una transfusión sanguínea?**

1  No

2  Sí

73

**Pase a la pregunta 19 en la página 6.**

**En tal caso, ¿recibió esa transfusión antes o después del reciente diagnóstico de cáncer?**

1  Antes

2  Después

74

**¿Qué edad tenía usted cuando recibió la primera transfusión sanguínea?**

1  Menos de 5 años

2  5 a 19 años

3  20 a 39 años

4  40 a 64 años

5  65 años o más

75

**¿Cuál fue la razón de la primera transfusión?**

1  Traumatismo

2  Cirugía

3  Parto

4  Enfermedad

5  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

6  No lo sé

76

**¿Ha recibido transfusiones sanguíneas en más de una ocasión, independientemente de la cantidad de unidades de sangre?**

1  No

2  Sí

## Historial de hospitalizaciones debido a infecciones

19. Antes del reciente diagnóstico de cáncer, ¿estuvo alguna vez hospitalizado debido a una de las siguientes infecciones? Si así fue, marque la infección e indique qué edad tenía la primera vez que se hospitalizó por esa infección y cuántas veces tuvo que hacerlo.

	Edad durante la primera hospitalización					Número de hospitalizaciones		
	19 o menos	20 a 49	50 a 64	65 a 79	80 o más	Una	2 a 5 veces	Más de 5 veces
77-79 1 <input type="checkbox"/> Influenza (gripe) . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
80-82 1 <input type="checkbox"/> Infección de senos paranasales . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
83-85 1 <input type="checkbox"/> Bronquitis o neumonía . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
86-88 1 <input type="checkbox"/> Infección de la vesícula biliar . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
89-91 1 <input type="checkbox"/> Infección del riñón o de la vejiga urinaria . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
92-94 1 <input type="checkbox"/> Infección del cerebro (p. ej., meningitis o encefalitis) . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
95-97 1 <input type="checkbox"/> Infección del colon (p. ej., diverticulitis)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
98-100 1 <input type="checkbox"/> Infección de la próstata (p. ej., prostatitis)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
101-103 1 <input type="checkbox"/> Infección de la piel . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
104-106 1 <input type="checkbox"/> Otras infecciones que requieren hospitalización, especifique: _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

## Alergias

20. ¿Le han dicho que tiene alguna de estas alergias?

En tal caso, marque la alergia e indique su edad cuando le dijeron por primera vez que la tenía y si tomó medicamentos para esa alergia.

	Edad a la que le dijeron por primera vez que tenía alergia					¿Tomó medicamentos para la alergia?	
	19 or menos	20 a 49	50 a 64	65 a 79	80 o más	No	Sí
107-109 1 <input type="checkbox"/> Alergia a plantas (p. ej., alergia a árboles, césped, yerba, polen, etc.) . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
110-112 1 <input type="checkbox"/> Alergia a algún alimento (p. ej., huevos, productos lácteos, mariscos, trigo, maní, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
113-115 1 <input type="checkbox"/> Alergia a animales (p. ej., perros, gatos, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
116-118 1 <input type="checkbox"/> Alergia a insectos (p. ej., picadura de abeja)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
119-121 1 <input type="checkbox"/> Alergia al polvo . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
122-124 1 <input type="checkbox"/> Alergia al moho . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
125-127 1 <input type="checkbox"/> Alergia a un medicamento . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
128-130 1 <input type="checkbox"/> Otra alergia . . . . .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>



**Medicamentos**

**21. ¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos por lo menos una vez por semana durante 1 año o más?**

	No	Sí, pero no lo tomo ahora	Sí, lo tomo ahora	Si es afirmativo, cantidad de pastillas por semana.	Si es afirmativo, total de años que tomó.
131 132-135 136	Aspirina de "bebé" o de dosis baja ... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
137-140	Aspirina o producto que la contenga (p. ej., Bayer®, Bufferin®, Excedrin®)..... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
141 142-145 146	Ibuprofeno (p. ej., Advil®, Motrin®) .. 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
147-150	Naproxeno, ketoprofeno, meloxicam u otro no esteroide (p. ej., Aleve®, Feldene®, Indocin®, Naprosyn®, Orudis®, Relafin®, Mobic®) ..... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
151 152-155 156	Inhibidor de la Cox 2 (p. ej., Celebrex®)... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
157-160 161	Acetaminofén (p. ej., Excedrin® Tylenol®, Tempra® sin aspirina) ..... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
162-165 166	Analgésico con opioide y acetaminofén, tal como hidrocodona con acetaminofén u oxycodona con acetaminofén (p. ej., Vicodin®, Percocet®) ..... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
167-170 171	Estatinas como lovastatina (Mevacor®), atorvastatina (Lipitor®), resuvastatina (Crestor®), pravastatina (Pravachol®), simvastatina (Zocor®), fluvastatina (Lescol®) ..... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
172-175 176	Fármacos para inmunosupresión: metotrexato, micofenilato, imurán, ciclofosfamida (Cytoxan®), ciclosporina calcineurín, inhibidores, embrel, etc. .... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
177-180 181	Metformina® para diabetes, incluso Glucophage®, Glucophage R®, Glumetza®, Riomet® o Fortamet®.... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
182-185	Sulfonilureas (también conocidas como sustancias hipoglucémicas orales) para diabetes, incluso clorpropamida (Diabinese®), tolbutamida (Orinase®), tolazamida (Tolinase®), gliburida (Diabeta®, Micronase®), glipizida (Glucotrol®) o glibepirida (Amaryl®) 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---
186 187-190	Otras sustancias orales para la diabetes 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	---	---



**USTED**

Su edad cuando se le diagnosticó por primera vez.

**USTED**  
¿Se le diagnosticó esta enfermedad antes o después de su reciente diagnóstico de cáncer?

**PARIENTES**  
¿Tiene o tuvo esta enfermedad uno de sus parientes de primer grado (padre, madre, hermanos/as, hijos/as)?

	USTED						USTED		PARIENTES	
	Nada	19 o menos	20 a 49	50 a 64	65 a 79	80 o más	Antes	Después	No	Sí
<b><i>Cáncer (continuación)</i></b>										
245-247 <b>Cuello del útero</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
248-250 <b>Ovario</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
251-253 <b>Próstata</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
254-256 <b>Testículo</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
257-259 <b>Melanoma</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
260-262 <b>Piel, pero no melanoma</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
263-265 <b>Sarcoma</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
266-268 <b>Riñón</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
269-271 <b>Urinario y/o vejiga</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
272-274 <b>Otro tipo</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b><i>Cardiovascular</i></b>										
275-277 <b>Ataque cardíaco y/o infarto de miocardio</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
278-280 <b>Enfermedad arterial coronaria</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
281-283 <b>Insuficiencia cardíaca congestiva</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
284-286 <b>Miocardopatía</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
287-289 <b>Fibrilación auricular y/o arritmia</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
290-292 <b>Enfermedad cardíaca congénita</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
293-295 <b>Presión arterial alta (hipertensión)</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
296-298 <b>Colesterol alto (hiperlipidemia)</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
299-301 <b>Coágulos sanguíneos en una vena</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b><i>Respiratorio</i></b>										
302-304 <b>Asma</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
305-307 <b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
308-310 <b>Apnea del sueño</b> . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

						<b>USTED</b>		<b>PARIENTES</b>							
						¿Se le diagnosticó esta enfermedad antes o después de su reciente diagnóstico de cáncer?		¿Tiene o tuvo esta enfermedad uno de sus parientes de primer grado (padre, madre, hermanos/as, hijos/as)?							
						<b>USTED</b>									
						Su edad cuando se le diagnosticó por primera vez.									
						Nada	19 o menos	20 a 49	50 a 64	65 a 79	80 o más	Antes	Después	No	Sí
<b><i>Gastrointestinal</i></b>															
311-313	<b>Reflujo ácido o enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE)</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2
314-316	<b>Esófago de Barrett . . . . .</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2
317-319	<b>Enfermedad celíaca . . . . .</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2
320-322	<b>Síndrome del colon irritable . . . . .</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2
323-325	<b>Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa . . . . .</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2
<b><i>Endocrino</i></b>															
326-328	<b>Diabetes tipo 1 . . . . .</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2
329-331	<b>Diabetes tipo 2 . . . . .</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2
<b><i>Piel</i></b>															
332-334	<b>Ecema . . . . .</b>					0	1	2	3	4	5	1	2	1	2

**Antecedentes familiares de ciertos tipos de cáncer**

23. ¿Se ha diagnosticado alguno de estos cánceres a sus familiares? Por favor marque solamente si el familiar es de su propia sangre (padre, madre, hermano/a completo, hijo/a) (Incluya también a los familiares fallecidos).

		Padre		Madre		Hermanos		Hermanas		Si ocurrió, ¿fue antes de los 50 años?			
		No	Sí	No	Sí	1	2 o más	1	2 o más	Hijos/as	No	Sí	No lo sé
335-340	<b>Linfoma de Hodgkin . . . . .</b>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3
341-346	<b>Linfoma no de Hodgkin . . . . .</b>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3
347-352	<b>Leucemia . . . . .</b>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3
353-358	<b>Mieloma múltiple . . . . .</b>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3

359 **24. ¿Ha estado embarazada alguna vez?**

1  No — Pase a la pregunta 25 a continuación.

2  Sí



360 **¿Cuántas veces ha estado embarazada?** (Incluya todos los nacidos muertos, abortos espontáneos, embarazos ectópicos o en las trompas de Falopio, abortos inducidos y embarazos actuales, en caso de que corresponda).

1    2    3    4    5    6    7    8    9 o más

361 **¿Cuántos embarazos derivaron en un parto vivo?**

0 — Pase a la pregunta 25 a continuación.

1    2    3    4    5    6    7    8    9 o más

362 **¿Qué edad tenía cuando nació su primer hijo?**

1  17 o menos      3  19      5  25 a 29      7  35 a 39

2  18      4  20 a 24      6  30 a 34      8  40 o más

363 **¿A cuántos hijos amamantó durante más de un mes?**

1  No amamanté a ninguno      3  3 a 5 hijos      5  11 hijos o más

2  1 a 2 hijos      4  6 a 10 hijos

364 **¿Qué edad tenía cuando nació su último hijo?**

1  17 o menos      3  19      5  25 a 29      7  35 a 39

2  18      4  20 a 24      6  30 a 34      8  40 o más

365 **¿Está embarazada ahora?**

1  No      2  Sí      3  No lo sé

366 **25. ¿Qué edad tenía cuando empezó a menstruar?**

1  Menos de 12

2  12

3  13

4  14

5  15 o más

6  No lo sé o no lo recuerdo

7  Nunca empecé — Pase a la pregunta 27 en la página 12.

367 26. ¿Se le extirpó el útero (histerectomía) o tuvo su última menstruación hace más de 12 meses?

1  No

2  Sí

368-369 ¿A qué edad dejó de menstruar regularmente?    \_\_ \_\_ Edad

370 ¿Cuál fue la razón por la que dejó de menstruar regularmente?

- 1  Menopausia natural (cambios propios de la vida)
- 2  Una histerectomía o la extirpación de los ovarios (o ambos)
- 3  Tomó medicamentos para suspender las menstruaciones
- 4  Radiación y/o quimioterapia
- 5  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

371 27. ¿Ha usado pastillas anticonceptivas, parches, implantes o inyecciones?

1  No

2  Sí, lo hago ahora

3  Sí, pero no actualmente

372 ¿Durante cuánto tiempo en total ha usado pastillas anticonceptivas, parches, implantes o inyecciones? (Si suspendió y volvió a usarlos varias veces, cuente todos los años en total).

- 1  6 meses o menos
- 2  7 a 11 meses
- 3  1 a 2 años
- 4  3 a 5 años
- 5  6 a 11 años
- 6  Más de 11 años

373 28. ¿Ha recibido alguna vez terapia de reemplazo hormonal, aparte de pastillas anticonceptivas (p. ej., estrógeno y progesterona combinados)?

1  No

2  Sí, lo hago ahora

3  Sí, pero no actualmente

374 ¿Qué tipo de terapia recibe ahora o recibió la última vez?  
(Marque todo lo que corresponda).

- 1  Estrógeno solo
- 1  Estrógeno y progesterona combinados (p. ej., Provera o Prempro)
- 1  Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- 1  No lo sé

375-379 ¿Qué edad tenía cuando empezó la terapia hormonal por primera vez?    \_\_ \_\_ Edad

380-381 ¿Durante cuántos años ha recibido terapia hormonal?    \_\_ \_\_ Años

382

29. ¿Ha tomado alguna vez tamoxifeno (Nolvadex)?

1  No      2  Sí, lo hago ahora      3  Sí, pero no actualmente      4  No lo sé

383

**¿Durante cuánto tiempo ha tomado tamoxifeno?**

1  1 mes o menos      4  1 a 2 años      7  No lo sé  
2  1 a 6 meses      5  3 a 5 años  
3  7 a 11 meses      6  Más de 5 años

**FACTORES ALIMENTARIOS Y DEL ESTILO DE VIDA**

30. ¿Ha consumido alguno de estos productos de tabaco en los últimos 12 meses o más?  
(Por favor marque una respuesta para cada producto de tabaco).

384

Cigarro ..... 1  No      2  Sí → **¿Cuántos años? \_\_\_ Años**

385-386

387

Pipa ..... 1  No      2  Sí → **¿Cuántos años? \_\_\_ Años**

388-389

390

Rapé..... 1  No      2  Sí → **¿Cuántos años? \_\_\_ Años**

391-392

393

Tabaco de mascar .... 1  No      2  Sí → **¿Cuántos años? \_\_\_ Años**

394-395

396

31. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos durante toda su vida?

1  No      2  Sí      3  No sé, no estoy seguro — Pase a la pregunta 32 en la pág. 14.

397-398

**¿Qué edad tenía la primera vez que empezó a fumar cigarrillos de manera regular? \_\_\_ Edad**

399

**En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma o fumó al día?**

1  1 a 10 diarios      3  21 a 30 diarios      5  41 o más diarios  
2  11 a 20 diarios      4  31 a 40 diarios

400

**¿Fuma cigarrillos actualmente?**

401-402

1  No → **Si no fuma, ¿a qué edad dejó de fumar? \_\_\_ Edad**  
2  Sí

403 32. ¿Vivió alguna vez en una casa donde alguien fumaba cigarrillos regularmente?

1  No      2  Sí

404-405      ↓  
¿Cuánto duró en total esa situación?    \_\_ \_\_ Años

406      **Por favor indique cuánta exposición al humo como fumador pasivo tuvo a diario, según la cantidad aproximada de cigarrillos o paquetes que fumaban las personas que vivían en su casa.**

- 1  1 a 10 cigarrillos diarios (hasta ½ paquete)
- 2  11 a 20 cigarrillos diarios (½ a 1 paquete)
- 3  21 a 40 cigarrillos diarios (1 a 2 paquetes)
- 4  41 a 60 cigarrillos diarios (2 a 3 paquetes)
- 5  Más de 60 cigarrillos diarios (3 paquetes o más)

407-416      **¿A qué edad/es estuvo usted expuesto al humo como fumador pasivo en su casa?** (Marque todo lo que corresponda).

- |                                       |                                    |                                     |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Menos de 5 | 1 <input type="checkbox"/> 30 a 39 | 1 <input type="checkbox"/> 70 a 79  |
| 1 <input type="checkbox"/> 5 a 9      | 1 <input type="checkbox"/> 40 a 49 | 1 <input type="checkbox"/> 80 o más |
| 1 <input type="checkbox"/> 10 a 19    | 1 <input type="checkbox"/> 50 a 59 |                                     |
| 1 <input type="checkbox"/> 20 a 29    | 1 <input type="checkbox"/> 60 a 69 |                                     |

417 33. ¿Trabajó alguna vez en un área donde otros fumaban regularmente en su presencia?

1  No      2  Sí

418-419      ↓  
¿Cuánto duró en total esa situación?    \_\_ \_\_ Años

420      **Por favor indique cuánta exposición al humo como fumador pasivo tuvo a diario, según la cantidad aproximada de cigarrillos o paquetes que fumaban las personas que trabajaban con usted.**

- 1  1 a 10 cigarrillos diarios (hasta ½ paquete)
- 2  11 a 20 cigarrillos diarios (½ a 1 paquete)
- 3  21 a 40 cigarrillos diarios (1 a 2 paquetes)
- 4  41 a 60 cigarrillos diarios (2 a 3 paquetes)
- 5  Más de 60 cigarrillos diarios (3 paquetes o más)

421-429      **¿A qué edad/es estuvo usted expuesto al humo como fumador pasivo en su trabajo?** (Marque todo lo que corresponda).

- |                                        |                                    |                                     |
|----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Menos de 16 | 1 <input type="checkbox"/> 30 a 39 | 1 <input type="checkbox"/> 60 a 69  |
| 1 <input type="checkbox"/> 16 a 19     | 1 <input type="checkbox"/> 40 a 49 | 1 <input type="checkbox"/> 70 a 79  |
| 1 <input type="checkbox"/> 20 a 29     | 1 <input type="checkbox"/> 50 a 59 | 1 <input type="checkbox"/> 80 o más |



**34. Durante toda su vida, ¿ha consumido 12 o más bebidas alcohólicas de cualquier tipo? Si aún no cumple la edad especificada en una categoría, responda “no corresponde” para ese grupo de edad. (Una bebida alcohólica es igual a 1 lata de cerveza, 1 copa de vino o 1 vaso de licor, tal como whisky, brandy o ginebra).**

1  No — Pase a la pregunta 36 en la página 16.

2  Sí

**En ese caso, indique bajo cada grupo de edad cuántas bebidas alcohólicas consumió normalmente, en promedio.**

431:432  
433:434  
435:436  
437:438  
439:440

	No corresponde	Nada	Menos de 1 por mes	1 a 3 por mes	1 a 2 por semana	3 a 6 por semana	1 a 2 por día	3 o más por día
Entre 14 y 17 años . . . .	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Entre 18 y 22 años . . . .	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Entre 23 y 29 años . . . .	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Entre 30 y 49 años . . . .	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Hace más o menos 2 años	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**35. ¿Con qué frecuencia consumió una bebida alcohólica en los últimos 12 meses?**

0  Nunca — Pase a la pregunta 36 en la página 16.

- 1  Menos de 1 por mes
- 2  1 a 3 por mes
- 3  1 a 2 por semana
- 4  3 a 6 por semana
- 5  1 a 2 por día
- 6  3 o más por día

442

**En los últimos 12 meses, cuando consumió alcohol, ¿cuántas bebidas tomó normalmente en un día?**

- 1  0 a 2 bebidas
- 2  3 a 4 bebidas
- 3  5 a 6 bebidas
- 4  7 a 9 bebidas
- 5  10 o más bebidas

443

**En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas en una sola ocasión?**

- 1  Nunca
- 2  Menos de una vez al mes
- 3  Una vez al mes
- 4  Una vez por semana
- 5  A diario o casi a diario



**42. ¿Cuántas tazas de café, con cafeína o descafeinado, bebió?**

- 1  Nada — Pase a la pregunta 43 a continuación.
- 2  Menos de 1 taza por mes
- 3  2 a 4 tazas por semana
- 4  5 a 6 tazas por semana
- 5  1 taza por día
- 6  2 a 3 tazas por día
- 7  4 a 5 tazas por día
- 8  6 o más tazas por día

**¿Con cuánta frecuencia bebe café descafeinado?**

- 1  Nunca o casi nunca
- 2  Alrededor de 25% del tiempo
- 3  Alrededor de 50% del tiempo
- 4  Alrededor de 75% del tiempo
- 5  Siempre o casi siempre

**43. En los últimos 12 meses, ¿qué vitaminas, minerales o suplementos tomó regularmente? (2 veces por semana o más, durante por lo menos 3 meses). (Marque todo lo que corresponda).**

1  Nada

1  5-HTP

1  Vitaminas múltiples

1  Acidófilos

1  Vitaminas prenatales

1  Polen de abeja o jalea real

1  Vitamina A

1  Condroitina

1  Vitamina B

1  Coenzima Q10

1  Vitamina C

1  DHEA

1  Vitamina D

1  Suplemento de fibra (Metamucil, etc.)

1  Vitamina E

1  Aceite de pescado y/o ácidos grasos omega/EPA/DHA

1  Beta caroteno

1  Glucosamina

1  Calcio

1  Melatonina

1  Folato

1  Crema de progesterona

1  Hierro

1  SAM-e

1  Selenio

1  Xenadrine

1  Zinc

1  Otras vitaminas, minerales o suplementos, especifique:

---

44. Sin contar los últimos 2 años, pero excluyendo todo cambio reciente, en promedio ¿cuántas horas por semana realizó usted las siguientes actividades?

	Nunca	½ a 1 hora	2 a 3 horas	4 a 6 horas	7 a 10 horas	11 a 20 horas	21 a 30 horas	31 horas o más
480 <b>Actividades recreativas extenuantes</b> (como correr, trotar, subir colinas en bicicleta, fútbol, tenis, largos en la piscina, aeróbicos, pesas)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
481 <b>Trabajo extenuante</b> . . . . . (como mover muebles pesados, cargar o descargar camiones, trabajo de construcción, usar una pala o labores equivalentes)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
482 <b>Actividades recreativas moderadas.</b> (como caminar rápido, jugar golf, andar en bicicleta en suelo plano, jardinería, baile, sóftbol)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
483 <b>Trabajo moderado</b> . . . . . (como quehaceres domésticos, trabajo de jardín, trabajo de restaurante, ventas, o trabajo moderado equivalente)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

45. Sin contar los últimos 2 años, pero excluyendo todo cambio reciente, ¿durante cuántas horas al día normalmente realiza usted actividades en las que debe permanecer sentado?

	Nunca	Menos de 1 hora	1 a 2 horas	3 a 4 horas	5 a 6 horas	7 a 10 horas	11 horas o más
484 <b>Sentado en un carro, autobús camión o tren.</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
485 <b>Sentado trabajando</b> . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
486 <b>Mirando televisión.</b> . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
487 <b>Sentado para comer</b> . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
488 <b>Otras actividades que requieren sentarse</b> (como leer, jugar cartas, coser, usar la computadora en casa) . . . . .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**EXPOSICIÓN AL SOL**

489 46. ¿Cómo describiría el tono de su piel?

1  Claro      2  Medio      3  Oscuro

47. Imagine que por primera vez en el verano, usted se expone durante una hora a la luz brillante del sol a mitad del día sin ninguna protección solar. ¿Cuál de estas reacciones describe mejor lo que sucede con su piel?

- 1  Quemadura solar con ampollas
- 2  Quemadura solar sin ampollas
- 3  Quemadura solar leve sin ampollas
- 4  Bronceado sin quemaduras
- 5  Ningún cambio de color en la piel

Las siguientes preguntas se refieren a su exposición al sol en diferentes momentos de la vida. Por favor marque una de las casillas para cada período de edad que aparece en la columna de la izquierda. Si todavía no cumple la edad especificada, responda "no corresponde".

48. ¿Cuánta exposición solar a mitad del día (10:00 a 14:00 horas) tuvo, en promedio, a cada una de las siguientes edades?

	No corresponde	No lo sé	Casi nada (3 horas o menos por semana)	Poca (4 a 7 horas por semana)	Moderada (8 a 14 horas por semana)	Extensa (más de 15 horas por semana)
491 Nacimiento hasta 12 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
492 13 a 21 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
493 22 a 40 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
494 41 años o más .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

49. En cada uno de los siguientes grupos de edad, ¿con qué frecuencia usó protector solar o ropa protectora (sombrero o camisa de manga larga) cuando se expuso al sol brillante más de 15 minutos?

	No corresponde	No lo sé	Nunca	Rara vez (menos de 20%)	Mayormente (20% a 80%)	Generalmente (más de 80%)
495 Nacimiento hasta 12 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
496 13 a 21 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
497 22 a 40 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
498 41 años o más .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

50. Por favor indique la quemadura de sol más grave que sufrió en cada uno de los siguientes grupos de edad.

	No corresponde	No lo sé	Prácticamente nunca me he quemado	Leves quemaduras (sólo enrojecimiento leve)	Quemaduras moderadas (enrojecimiento y/o dolor)	Grave, pero sin ampollas (dolorosa)	Grave y con ampollas (dolorosa)
499 Nacimiento hasta 12 años	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
500 13 a 21 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
501 22 a 40 años .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
502 41 años o más .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

**AMBIENTE**

**51. ¿Cuál es la naturaleza del negocio o industria donde usted ha trabajado durante la mayor parte de su vida? (Por favor seleccione uno).**

503-504

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1 <input type="checkbox"/> Servicio militar activo</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Construcción</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Agricultura, forestación, pesca y caza</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Finanzas, seguros, bienes raíces, arrendamientos y alquileres</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Información y comunicaciones</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Fabricación y producción</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Minería</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Administración pública</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Ventas al por menor</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Servicios: arte, entretenimiento, recreación, alojamiento y alimentación</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Servicios: educativos, de salud y sociales</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Servicios: profesionales, científicos, empresariales y administrativos</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Servicios: administración de la basura</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Servicios: otros (excepto Administración pública)</p> <p>15 <input type="checkbox"/> Telecomunicaciones</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Transporte y almacenamiento (bodega)</p> | <p>17 <input type="checkbox"/> Servicios básicos (luz, agua, etc.)</p> <p>18 <input type="checkbox"/> Ventas al por mayor</p> <p>19 <input type="checkbox"/> Otro, especifique abajo:<br/>_____</p> <p>20 <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**52. ¿Está ahora expuesto regularmente, o lo estuvo alguna vez, a cualquiera de las siguientes sustancias?**

505

**Asbesto** .....

No	Sí	No lo sé
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

506

**Benceno o derivados** .....

507

**Hidrocarburos clorados (CHC), solventes o compuestos relacionados** .....

508

**Cromo o compuestos del cromo** .....

509

**Polvo del carbón** .....

510

**Níquel o compuestos del níquel** .....

511

**Sustancia radioactiva** .....

512

**Taconita** .....

513

**Otro, especifique:** \_\_\_\_\_

514

**53. ¿Dónde vive la mayor parte del año?**

- 1  En una granja o rancho en funcionamiento
- 2  En una casa rural o granja de recreo, no en una granja o rancho en funcionamiento
- 3  En un barrio suburbano, ciudad o pueblo
- 4  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

515 54. ¿Ha vivido alguna vez en una granja en funcionamiento?

1  No      2  Sí

516-519

En ese caso, ¿qué tipo de granja era? (Marque todo lo que corresponda).

1  Comercial      1  Lácteos      1  Ganado      1  Agricultura

520 55. ¿Alguna vez usted mismo ha mezclado o aplicado fertilizantes, o añadido nutrientes en la tierra? (Incluya fertilizantes para uso en una granja, para aplicación comercial y/o uso personal en la casa o el jardín).

1  No      2  Sí

521

En ese caso, ¿durante cuántos años mezcló o aplicó fertilizantes usted mismo? (Una temporada de cultivo = 1 año).

1  1 año o menos      3  6 a 10 años      5  21 a 30 años  
2  2 a 5 años      4  11 a 20 años      6  31 años o más

522 56. ¿Alguna vez usted mismo mezcló o aplicó pesticidas para eliminar insectos? (Incluya insecticidas y fumigantes para cultivos, ganado y estructuras. Incluya pesticidas para granjas, aplicación comercial y/o uso personal en la casa o el jardín).

1  No      2  Sí

523

En ese caso, ¿durante cuántos años mezcló o aplicó pesticidas usted mismo? (Una temporada de cultivo = 1 año).

1  1 año o menos      3  6 a 10 años      5  21 a 30 años  
2  2 a 5 años      4  11 a 20 años      6  31 años o más

524 47. ¿Alguna vez usted mismo mezcló o aplicó herbicidas para eliminar la mala hierba o fungicidas para eliminar moho u hongos? (Incluya herbicidas y fumigantes para granjas, aplicación comercial y/o uso personal en la casa o el jardín).

1  No      2  Sí

525

En ese caso, ¿durante cuántos años mezcló o aplicó herbicidas o fungicidas usted mismo? (Una temporada de cultivo = 1 año).

1  1 año o menos      3  6 a 10 años      5  21 a 30 años  
2  2 a 5 años      4  11 a 20 años      6  31 años o más

Gracias por tomarse el tiempo de llenar esta encuesta.

**Pregunta 12:** Medida de apoyo social. Cómo mejorar la recuperación en los pacientes con cardiopatía coronaria (ENRICHD): diseño y métodos del estudio. Investigadores del ENRICHD. Am Heart J. 2000;139:1-9. [PubMed]