

Cuestionario de Adultos (Personas de 16 y más años)

DOCUMENTO PROTEGIDO
IN
e
POR EL SECRETO ESTADÍSTICO

2

1. Datos de identificación de la sección

Provincia _____

Nº de orden de la sección _____

Municipio _____

Distrito/sección _____

Año/trimestre/bisemana _____

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda _____

Nº de hogar dentro de la vivienda _____

3. Identificación de la persona seleccionada

Nombre _____

Nº de orden _____

Fecha de nacimiento _____

Edad _____

4. ¿El/la informante es la persona seleccionada?

Sí 1 → P 5.5 (Teléfono del/de la informante)

No 6

5. Identificación del/de la informante

Entrevistador/a: ¿El/la informante es miembro del hogar?

Sí 1 → nº de orden _____ → P 5.5

No 6

5.1 Nombre del/de la informante _____

5.2 Edad _____

5.3 Sexo 1 Varón 6 Mujer

5.4 Relación del/de la informante con el adulto seleccionado

Cónyuge o pareja 1 Otros familiares 5

Hijo/a 2 Servicios sociales 6

Padre/Madre 3 Voluntarios 7

Hermano/a 4 Otros 8

5.5 Teléfono del/de la informante

6. Fecha de cumplimentación _____

Día Mes Año

7. Hora de inicio de la entrevista _____

Hora Minutos

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006) es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre el estado de la salud, utilización de servicios sanitarios, prevención, factores de riesgo, ... de las personas.

La trascendencia de estos objetivos y las características del servicio público de este estudio nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

Legislación

Secreto estadístico: serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de las fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989, LFEP). Todo el personal tendrá obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP). Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP). Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art. 10.2 de la LFEP). (Ley 12/1989, de la Función Estadística Pública).

Entrevistador/a: Recuerde que el/la entrevistado/a debe ser el/la adulto/a seleccionado/a salvo en los casos excepcionales recogidos en el manual.

A. Trabajo reproductivo

Entrevistador/a, leáale al/a la entrevistado/a: "En primer lugar le voy a realizar varias preguntas sobre el cuidado de las personas del hogar"

1. ¿En su hogar viven personas que no sean capaces de cuidarse por sí mismas, como menores de 15 años, personas mayores de 74 años o bien personas con alguna discapacidad o limitación?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P11**

2. ¿Vive en el hogar algún menor de 15 años que requiera cuidados?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P5**

3. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

Vd. solo/a _____ 01

Vd. compartiéndolo con su pareja _____ 02

Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____ 03

Su pareja sola _____ 04

Otra persona de la casa que no es su pareja _____ 05

Una persona remunerada por ello _____ 06

Otra persona que **NO** reside en el hogar _____ 07

Los servicios sociales _____ 08

Ninguna persona _____ 09

Otra situación _____ 10

Nº de orden

→ **P5**

4. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?

1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ Nº de horas

2. Sábado más domingo _____ Nº de horas

5. ¿Vive en el hogar algún mayor de 74 años que requiera cuidados?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P8**

6. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

Vd. solo/a _____	<input type="checkbox"/>	01	
Vd. compartiéndolo con su pareja _____	<input type="checkbox"/>	02	
Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	03	
Su pareja sola _____	<input type="checkbox"/>	04	
Otra persona de la casa que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	05	→ N° de orden <input type="text"/>
Una persona remunerada por ello _____	<input type="checkbox"/>	06	
Otra persona que NO reside en el hogar _____	<input type="checkbox"/>	07	
Los servicios sociales _____	<input type="checkbox"/>	08	
Ninguna persona _____	<input type="checkbox"/>	09	
Otra situación _____	<input type="checkbox"/>	10	

→ **P8**

7. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado ?

1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ N° de horas

2. Sábado más domingo _____ N° de horas

8. ¿Existe alguna persona con discapacidad o limitación que requiera cuidados?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P11**

9. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

Vd. solo/a _____	<input type="checkbox"/>	01	
Vd. compartiéndolo con su pareja _____	<input type="checkbox"/>	02	
Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	03	
Su pareja sola _____	<input type="checkbox"/>	04	
Otra persona de la casa que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	05	→ N° de orden <input type="text"/>
Una persona remunerada por ello _____	<input type="checkbox"/>	06	
Otra persona que NO reside en el hogar _____	<input type="checkbox"/>	07	
Los servicios sociales _____	<input type="checkbox"/>	08	
Ninguna persona _____	<input type="checkbox"/>	09	
Otra situación _____	<input type="checkbox"/>	10	

→ **P11**

10. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?

- 1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ N° de horas [][]
- 2. Sábado más domingo _____ N° de horas [][]

11. En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar ...?

- Vd. solo/a _____ 01
 - Vd. compartiéndolo con su pareja _____ 02
 - Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____ 03
 - Su pareja sola _____ 04
 - Otra persona de la casa que no es su pareja _____ 05 → N° de orden [][]
 - Una persona remunerada por ello _____ 06 → anote **Sí** en la **P13**
 - Otra persona que no reside en el hogar _____ 07
 - Los servicios sociales _____ 08
 - Ninguna persona _____ 09
 - Otra situación _____ 10
- **P13**

12. ¿Cuántas horas dedica Vd. ?

- 1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ N° de horas [][]
- 2. Sábado más domingo _____ N° de horas [][]

13. ¿Tiene en su casa alguna persona remunerada para realizar el trabajo doméstico (limpiar, cocinar, planchar, ...)?

- Sí _____ 1
- No _____ 6

B. Estado de salud

Entrevistador/a, leáله al/a la entrevistado/a: Ahora voy a hacerle varias preguntas sobre su estado de salud.

14. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

- Muy bueno _____ 1
- Bueno _____ 2
- Regular _____ 3
- Malo _____ 4
- Muy malo _____ 5

15. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?

Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. En el caso de que conteste "Sí" en alguna de las opciones de 15.a formule las preguntas 15.b, 15.c y 15.d. Si la persona entrevistada es varón, anote **NO** en la opción 27 de 15.a y si es mujer anote **NO** en la opción 26 de 15.a directamente.

	15. a ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa en la pregunta 15. a, preguntar y anotar lo que proceda							
	SÍ	NO	15. b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		15. c ¿Le ha dicho un médico que la padece?		15. d ¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema?			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
1. Tensión alta _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Infarto de miocardio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Otras enfermedades del corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Varices en las piernas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Artrosis, artritis o reumatismo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Dolor de espalda crónico (cervical) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Dolor de espalda crónico (lumbar) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Alergia crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Bronquitis crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Úlcera de estómago o duodeno _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Incontinencia urinaria _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Colesterol alto _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Cataratas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. Problemas crónicos de piel _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. Estreñimiento crónico _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18. Depresión ansiedad u otros trastornos mentales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
19. Embolia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
20. Migraña o dolor de cabeza frecuente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
21. Hemorroides _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
22. Tumores malignos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
23. Osteoporosis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
24. Anemia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
25. Problemas de tiroides _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
26. Problemas de próstata (sólo hombres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
27. Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?										
28.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
29.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a: si en la pregunta 15 todas las respuestas a la columna 15.a han sido **NO** → pasar al Módulo C. Si alguna respuesta es **SI** → continuar en P16.

16. Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado de alguna forma sus actividades habituales?

Sí _____ 1
 No _____ 6

C. Accidentalidad (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al el/a la entrevistado/a: *A continuación voy a preguntarle si ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias, tratamiento, en los últimos doce meses.*

17. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo incluido intoxicación o quemadura?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo D**

18. ¿De qué tipo y cuántas veces ha tenido este tipo de accidente?

	Sí	Nº de veces	No
1. Caída a desnivel (escalera, silla, ...)	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
2. Caída a nivel del suelo	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
3. Quemadura	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
4. Golpe	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
5. Intoxicación (excluidas las intoxicaciones alimentarias)	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
6. Accidente de tráfico como conductor o pasajero sufriendo daños físicos	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
7. Accidente de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
8. Otros	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

19. Y refiriéndonos, en concreto, al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

En casa, escaleras, portal ... 1
 En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico 2
 En la calle, pero no fue un accidente de tráfico 3
 En el trabajo 4
 En el lugar de estudio 5
 En una instalación deportiva 6
 En una zona recreativa o de ocio 7
 En otro lugar 8

20. ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?

Consultó a un/a médico/a o enfermero/a 1
 Acudió a un centro de urgencias 2
 Ingresó en un hospital 3
 No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4

21. ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?

Entrevistador/a: anote dos respuestas como máximo (las que el/la informante considere más importantes)

1. Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales
 2. Fracturas o heridas profundas
 3. Envenenamiento o intoxicación
 4. Quemaduras
 5. Otros efectos

D. Restricción de la actividad (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: "A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en sus actividades habituales en las dos últimas semanas". Por favor piense en el tiempo pasado desde _____ (día que corresponde con dos semanas menos) hasta ayer".

22. Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día, por alguno o varios dolores o síntomas?

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote 01.

Sí _____ 1 → N° de días

No _____ 6

23. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado considere también los días pasados en el hospital).

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01.

Sí _____ 1 → N° de días

No _____ 6

Entrevistador/a: si P22 = **NO** y P23 = **NO**, pase al Módulo E. Si en P22 ó P23 ha anotado **SÍ**, conteste a la/s columna/s correspondiente/s marcando con una X en P24.a ó P24.b los dolores o síntomas indicados por el entrevistado.

24. ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas, que le han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales y/o a guardar cama, al menos la mitad de un día?

	24.a Actividad habitual	24.b Guardar cama
01. Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mareos o vahídos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dolor en el pecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tobillos hinchados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ahogo, dificultad para respirar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cansancio sin razón aparente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dolor menstrual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Consumo de medicamentos (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Ahora le voy a preguntar sobre los medicamentos que ha consumido en las dos últimas semanas.*

25. A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor dígame, ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el/la médico/a, independientemente de que se hayan consumido?

Entrevistador/a: leáale a la persona entrevistada la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si lo ha consumido o no en las últimas dos semanas y si le fue o no recetado por algún/a médico/a. Debe cumplimentar las columnas **Consumido** y **Recetado** con SI o NO para **cada uno** de los medicamentos salvo en las opciones 21 y 22. Si el sujeto de entrevista es varón, en las opciones 15 y 16 anote directamente No en **Consumido** y **Recetado**.

	Consumido		Recetado	
	Sí	No	Sí	No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Medicinas para el reuma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Medicinas para el corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Medicinas para la tensión arterial _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Antidepresivos, estimulantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Píldoras para no quedar embarazada (sólo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. Hormonas para la menopausia (sólo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. Medicamentos para adelgazar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18. Medicamentos para bajar el colesterol _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
19. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
20. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
21. Productos homeopáticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
22. Productos naturistas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		

F. Salud mental y estrés laboral

26. Ahora, nos gustaría saber cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar todas las preguntas

Entrevistador/a, dígame al/a la entrevistado/a: "Voy a entregarle una hoja con las preguntas sobre la frecuencia con la que se ha sentido o encontrado como dice cada pregunta. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Tenga en cuenta que las respuestas no son iguales para todas las preguntas". (Entregue la tarjeta Ad-1. Lea una a una cada pregunta y registre el número de la respuesta dada por el entrevistado).

Últimamente:

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía? _____ | Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? _____ | Más útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? _____ | Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? _____ | Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas? _____ | Más capaz de lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos capaz que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos capaz que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Muchos más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? _____ | Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |

Entrevistador/a: ¿el/la entrevistado/a se encontraba trabajando o con baja de tres meses o superior en la semana anterior?. (Ver la pregunta 2 del módulo C.1 del cuestionario de hogar).

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo G**

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *El trabajo influye en el bienestar de las personas. Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son las condiciones en que realiza el trabajo.*

27. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Vd. el nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante).

1 2 3 4 5 6 7

28. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio).

1 2 3 4 5 6 7

G. Utilización de servicios sanitarios

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de diferentes servicios sanitarios.*

G 1. Consultas médicas

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que usted ha realizado.*

29. ¿Cuánto tiempo hace que realizó una consulta médica (personalmente o por teléfono) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad suya?

No incluya, las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, ..., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones.

Hace cuatro semanas o menos _____ 1
Hace más de cuatro semanas y menos de un año _____ 2 → N° de meses
Hace un año o más _____ 3 → N° de años → **P38**
Nunca ha ido al/a la médico/a _____ 4

30. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a médico/a de familia en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?

N° de veces _____
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

31. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?

N° de veces _____
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

32. ¿Cuál era la especialidad del/de la último/a médico/a al/a la que consultó en estas cuatro últimas semanas?

Entrevistador/a: no lea la opciones de respuesta, sólo anote la que espontáneamente conteste la persona entrevistada.

- Médico de familia _____ 01
- Alergología _____ 02
- Aparato digestivo _____ 03
- Cardiología _____ 04
- Cirugía general y digestiva _____ 05
- Cirugía cardiovascular _____ 06
- Cirugía vascular _____ 07
- Dermatología _____ 08
- Endocrinología y nutrición _____ 09
- Geriatría _____ 10
- Ginecología-obstetricia _____ 11
- Medicina interna _____ 12
- Nefrología _____ 13
- Neumología _____ 14
- Neurocirugía _____ 15
- Neurología _____ 16
- Oftalmología _____ 17
- Oncología _____ 18
- Otorrinolaringología _____ 19
- Psiquiatría _____ 20
- Rehabilitación _____ 21
- Reumatología _____ 22
- Traumatología _____ 23
- Urología _____ 24
- Otra especialidad _____ 25

33. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

- Centro de Salud/Consultorio _____ 01
- Ambulatorio/Centro de especialidades _____ 02
- Consulta externa de un hospital _____ 03
- Servicio de urgencias no hospitalario _____ 04
- Servicio de urgencias de un hospital _____ 05
- Consulta de médico/a particular _____ 06
- Consulta de médico/a de una sociedad _____ 07
- Empresa o lugar de trabajo _____ 08
- Domicilio del/de la entrevistado/a _____ 09
- Consulta telefónica _____ 10
- Otro lugar _____ 11

→ **P37**

34. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud _____ 1
 - Un accidente o agresión _____ 2
 - Revisión _____ 3
 - Sólo dispensación de recetas _____ 4
 - Parte de baja, confirmación o alta _____ 5
 - Otros motivos _____ 6
- P36
-

35. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

- 1. Meses _____
 - 2. Días _____
 - 3. Horas _____
 - No sabe/no recuerda _____
 - No contesta _____
-

36. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió la cita hasta que le vio el/la médico/a?

- 1. Meses _____
 - 2. Días _____
 - 3. Horas _____
 - No sabe/no recuerda _____
 - No contesta _____
-

37. El/la médico/a al/a la que acudió en esta última consulta realizada era de:

- Sanidad pública (Seguridad Social) _____ 1
 - Sociedad médica _____ 2
 - Consulta privada _____ 3
 - Otros (Iguala médica, médico/a de empresa, ...) _____ 4
-

38. ¿En las últimas cuatro semanas se ha hecho algún tipo de prueba no urgente como radiografías, ecografías, análisis, ...?

- Sí _____ 1
 - No _____ 6 → P40
-

39. ¿Cuáles de las siguientes pruebas se ha hecho y cuánto tiempo tardó en hacérselas desde que pidió cita?

	Sí <input type="checkbox"/>	Tiempo desde la cita		No sabe/ no recuerda <input type="checkbox"/>	No contesta <input type="checkbox"/>
		Meses	Días		
1. Radiografía _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
2. TAC _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
3. Ecografía _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
4. Resonancia magnética _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
5. Análisis _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
6. Otra/s _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				

40. En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con alguno de los/las siguientes profesionales?

Entrevistador/a, si la persona entrevistada es varón, anote NO en la opción 3.

	Sí <input type="checkbox"/>	Nº de veces	No sabe/ no recuerda <input type="checkbox"/>	No contesta <input type="checkbox"/>
1. Enfermería _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>			
2. Fisioterapeuta _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>			
3. Matrona (sólo mujeres) _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>			

G 2. Necesidad de asistencia médica en los últimos 12 meses

41. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo G 3**

42. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que no ha recibido esa asistencia?

Entrevistador/a: no debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta sino señalar aquélla que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 9. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 10, "Otra causa".

- No pudo conseguir cita _____ 01
- No pudo dejar el trabajo _____ 02
- Era demasiado caro/no tenía dinero _____ 03
- No tenía medio de transporte _____ 04
- Porque estaba demasiado nervioso/a y asustado/a _____ 05
- El seguro no lo cubría _____ 06
- No tenía seguro _____ 07
- Había que esperar demasiado _____ 08
- No pudo por sus obligaciones familiares _____ 09
- Otra causa _____ 10

G 3. Seguro Sanitario

43. ¿Podría decirme ahora, de cuál/es de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es Ud. titular o beneficiario?

Entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/la informante considere prioritarias.

1. Seguridad Social _____
2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social _____
3. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, ...) acogidas a la Seguridad Social _____
4. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, ...) acogidas a un seguro privado _____
5. Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales ...) _____
6. Seguro médico privado concertado por la empresa _____
7. No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados _____
8. Otras situaciones _____

G 4. Visitas a estomatología, dentista e higienista dental

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre su salud dental.

44. ¿Cuánto tiempo hace que acudió al/a la dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Hace 3 meses o menos _____ 1 → N° de veces en los últimos 3 meses
- Hace más de 3 meses y menos de 12 meses _____ 2 → N° de meses
- Hace un año o más _____ 3 → N° de años
- Nunca ha ido _____ 4 → **P 47**

45. La última vez que acudió, ¿cuáles/o cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

	Sí	No
01. Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Empastes (obturaciones), endodoncias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Extracción de algún diente/ muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Ortodoncia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

46. El/la dentista, estomatólogo/a o higienista dental al que consultó esta última vez era de:

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/> 1
Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 2
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 3
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 4
Otros (Iguala médica ...) _____	<input type="checkbox"/> 5

47. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	Sí	No
1. Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Le han extraído dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Tiene dientes/muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Se le mueven los dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Le faltan dientes/ muelas que no han sido sustituidos por prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

G 5. Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles ingresos en hospitales.

48. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

Sí _____	<input type="checkbox"/> 1	
No _____	<input type="checkbox"/> 6	→ P57

49. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

Nº de veces

50. En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a en el hospital?

Nº de veces (mínimo un día)

51. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica 1
Estudio médico para diagnóstico 2
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica 3
Parto (incluye cesárea) 4 → **P54**
Otros motivos 5
-

52. ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

- Sí 1
No 6 → **P54**
-

53. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Entrevistador/a, si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes, anote 00.

Nº de meses
No sabe /no recuerda
No contesta

54. En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias 1
Ingreso ordinario (no por urgencias) 2
-

55. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad pública (Seguridad Social) 1
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS ...) 2
Sociedad médica privada 3
A su propio cargo o de su hogar 4
A cargo de otras personas, organismos o instituciones 5
No sabe/no recuerda 8
No contesta 9
-

56. ¿Le dieron a usted, o le enviaron a su domicilio, un informe de alta cuando salió del hospital?

- Sí _____ 1
No _____ 6
No sabe/no recuerda ___ 8
No contesta _____ 9
-

57. Durante los últimos doce meses, ¿ha ingresado usted para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba en un hospital de día, es decir, permaneciendo en él durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

(Incluya ingresos en cama o sillón cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación).

- Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo G 6**
-

58. ¿Cuál fue la razón del último ingreso que haya tenido en el Hospital de día?

- Un tratamiento _____ 1
Una intervención quirúrgica _____ 2 → **Módulo G 6**
Otros motivos _____ 3 → **Módulo G 6**
-

59. ¿Cuántas veces ha tenido que acudir al hospital de día para recibir este tratamiento?

- Nº de veces _____
No sabe/no recuerda ___
No contesta _____
-

G 6. Servicios de urgencias (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *Para terminar este apartado, voy a preguntarle ahora por su posible utilización de los servicios de urgencias.*

60. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo H**
-

61. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

- Nº de veces _____
No sabe/no recuerda ___
No contesta _____
-

62. ¿Dónde fue atendido/a la última vez?

	Sí	No
1. En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. En una unidad móvil _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. En un centro o servicio de urgencias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

63. La última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

1. Días _____

2. Horas _____

3. Minutos _____

No sabe/no recuerda ___

No contesta _____

64. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a?

Entrevistador/a: si la asistencia fue inmediata, anotar 00 en horas y en minutos.

1. Horas _____

2. Minutos _____

No sabe/no recuerda ___

No contesta _____

65. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

Hospital de la sanidad pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/> 1	→ Módulo H
Servicio de urgencias no hospitalario de la sanidad pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/> 2	
Centro no hospitalario de la sanidad pública (Centro de Salud ...) _____	<input type="checkbox"/> 3	
Servicio privado de urgencias _____	<input type="checkbox"/> 4	
Sanatorio, hospital o clínica privada _____	<input type="checkbox"/> 5	
Casa de socorro o servicio de urgencias del ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 6	
Otro tipo de servicio _____	<input type="checkbox"/> 7	

66. ¿Por qué fue a un servicio de urgencias?

Porque el/la médico/a se lo mandó _____ 1

Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario ___ 2

H. Hábitos de vida

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida relacionados con la salud.

H 1. Consumo de tabaco

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: Para comenzar le preguntaré sobre el consumo de tabaco.

67. ¿Podría decirme si actualmente fuma?

- Sí fuma diariamente _____ 1 → P68
- Sí fuma, pero no diariamente _____ 2 → P71
- No fuma actualmente, pero ha fumado antes _____ 3 → P75
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual _____ 4 → P79

PARA PERSONAS QUE FUMAN A DIARIO

68. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?

1. Número de cigarrillos ____
2. Número de pipas _____
3. Número de puros _____

69. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años _____

70. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más _____ 1
- Menos _____ 2
- Igual _____ 3
- Módulo H 2

PARA PERSONAS QUE FUMAN, PERO NO DIARIAMENTE

71. ¿Con qué frecuencia suele fumar?

- Al menos tres o cuatro veces por semana 1
- Una o dos veces por semana _____ 2
- Con menos frecuencia _____ 3

72. Y el día que fuma, ¿qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio?

1. Número de cigarrillos ____
2. Número de pipas _____
3. Número de puros _____

73. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años _____

74. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

Más _____ 1
Menos _____ 2 → **P79**
Igual _____ 3

PARA PERSONAS QUE NO FUMAN ACTUALMENTE, PERO HAN FUMADO ANTES

75. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años _____

76. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

1. Años _____
2. Meses _____

77. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

- 1. Se lo aconsejó el/la médico/a _____
 - 2. Sentía molestias por causa del tabaco _____
 - 3. Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) _____
 - 4. Embarazo _____
 - 5. Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico en general _____
 - 6. Lo decidió solo/a, por propia voluntad _____
 - 7. Otros motivos (*especificar*).....
-

78. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

1. Número de cigarrillos _____
2. Número de pipas _____
3. Número de puros _____

79. ¿Cuánto tiempo como promedio diario acostumbra a estar usted en ambientes cargados de humo del tabaco fuera de casa y fuera del trabajo?

Entrevistador/a, anote en cada pregunta el código de respuesta adecuado.

	Nada	Menos de 1 hora	De 1 a 4 horas	Más de 4 horas
1. De lunes a jueves	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. De viernes a domingo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

80. ¿Alguna persona fuma habitualmente en la vivienda?

Sí _____ 1 → N° de personas
No _____ 6

H2. Consumo de bebidas con alcohol

81. Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Vd. en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?

Sí _____ 1 → **P84**
No _____ 6

82. ¿Ha bebido Vd. en los últimos 12 meses alguna bebida alcohólica?

Sí _____ 1 → **P84**
No _____ 6

83. ¿Ha bebido Vd. en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo H3**

84. Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia y en qué cantidad de vasos o copas las consume Vd.?

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: "Voy a entregarle una hoja con las respuestas sobre la frecuencia con la que puede consumir los diferentes tipos de bebidas alcohólicas. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta". Entregue la tarjeta Ad-2. Plantee uno a uno cada tipo de bebida. Para todas las respuestas diferentes de "Nunca", pregunte a continuación por el número de veces y después por el número de copas cada vez antes de pasar al siguiente tipo de bebida.

Tipo de bebidas	A diario	Semanalmente	Mensualmente	Por lo menos una vez al año y menos de una vez al mes	Menos de una vez al año	Nunca
1. Vino o cava	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
2. Cerveza con alcohol	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
3. Aperitivos con alcohol	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
4. Sidra	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
5. Combinados, brandy o licores	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
6. Whisky	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

85. Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo los fines de semana (incluso viernes por la tarde), sólo entre semana o en ambos indistintamente?

Entrevistador/a: *marque directamente la columna 0 No Consume, en todas aquellas bebidas en las que en la pregunta anterior el/a la entrevistado/a ha contestado que no las consume nunca.*

	No consume	Fin de semana (desde el viernes por la tarde)	Entre semana (no incluye viernes por la tarde)	Ambos indistintamente
1. Vino o cava _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Cerveza con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Aperitivos con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sidra _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Combinados, brandy o licores, _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Whisky _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

86. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?

Entrevistador/a, no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo/a.

Edad en años _____

H 3. Descanso y ejercicio físico

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Ahora voy hacerle unas preguntas sobre sus hábitos de descanso y ejercicio físico.*

87. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día?. Incluya las horas de siesta

Nº de horas diarias _____

88. ¿Las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente?

Sí _____ 1

No _____ 6

89. ¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas ...

	Nunca	Algún día	Varios días	La mayoría de los días	Todos los días
1. ha tenido dificultad para quedarse dormido/a? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. se ha despertado varias veces mientras dormía? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. se ha despertado demasiado pronto? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

90. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas) ...?

Sentado/a la mayor parte de la jornada _____ 1

De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos _____ 2

Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes _____ 3

Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico _____ 4

91. Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace todo el ejercicio físico que desearía?

Sí _____ 1 → **P93**

No _____ 6

92. ¿Por qué motivo?

Porque me lo impiden mis problemas de salud _____ 1

Porque prefiero realizar otro tipo de actividad de ocio (ir al cine, leer un libro, ver TV ...) _____ 2

Porque no dispongo de un lugar para realizar la actividad física que deseo _____ 3

Por falta de tiempo _____ 4

Por falta de fuerza de voluntad _____ 5

Otras razones _____ 6

93. Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, hacer algún deporte, gimnasia ...?

Sí _____ 1

No, normalmente no hago ejercicio físico _____ 6 → **Módulo H 4**

94. Y durante las dos últimas semanas puede decirme cuántas veces ha practicado durante más de 20 minutos:

Nº de veces

1. Una actividad física ligera como caminar, jardinería, gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares _____

2. Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación _____

3. Una actividad física intensa como fútbol, baloncesto, ciclismo o natación de competición, judo, kárate o similares _____

H 4. Alimentación

Entrevistador/a: léale al/a la entrevistado/a: *Para terminar con los hábitos de vida le voy a hacer unas preguntas sobre alimentación.*

95. ¿Qué desayuna habitualmente?

	Sí	No
1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
--	----------------------------	----------------------------

3. Fruta y/o zumo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
-------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Alimentos como huevos, queso, jamón ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
--	----------------------------	----------------------------

5. Otro tipo de alimentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
---------------------------------	----------------------------	----------------------------

6. Nada, no suele desayunar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
-----------------------------------	----------------------------	----------------------------

96. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Entrevistador/a, muestre a la persona entrevistada la tarjeta Ad-3 y anote las frecuencias de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan.

	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
01. Fruta fresca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Huevos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Pescado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Pasta, arroz, patatas, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Pan, cereales, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Verduras y hortalizas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Legumbres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Dulces (galletas, bollería, mermeladas ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Refrescos con azúcar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

97. En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo I**

98. ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

Para perder peso _____ 1

Para mantener su peso actual _____ 2

Para vivir más saludablemente _____ 3

Por una enfermedad o problema de salud _____ 4

Por otra razón _____ 5

I. Prácticas preventivas

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre sus prácticas preventivas de diferentes tipos.*

I 1. Prácticas preventivas generales

99. ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P101**

100. ¿Quién le indicó que se vacunara?

- Un/a profesional sanitario/a, por su edad _____ 1
 - Un/a profesional sanitario/a, por sus enfermedades ___ 2
 - Un/a profesional sanitario/a, por otras razones _____ 3
 - Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio ___ 4
 - Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado/a ___ 5
 - Otros _____ 6
-

101. Ahora me gustaría preguntarle sobre la tensión arterial. ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un/a profesional sanitario/a excluyendo las tomas de tensión en farmacias?

- Sí _____ 1
 - No _____ 6
 - No sabe/no recuerda ___ 8
 - No contesta _____ 9
- **P103**
-

102. La última vez que le tomaron la tensión fue:

- Hace menos de 3 meses _____ 1
 - Entre 3 y 5 meses _____ 2
 - Entre 6 meses y 1 año _____ 3
 - Entre 1 y 3 años _____ 4
 - Más de 3 años _____ 5
 - No sabe/no recuerda _____ 8
 - No contesta _____ 9
-

103. Las siguientes preguntas se refieren al colesterol, ¿le han medido alguna vez sus niveles de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?

- Sí _____ 1
 - No _____ 6
 - No sabe/no recuerda ___ 8
 - No contesta _____ 9
- **Módulo I 2**
-

104. La última vez que se los midieron fue:

- Hace menos de 3 meses _____ 1
 - Entre 3 y 5 meses _____ 2
 - Entre 6 meses y 1 año _____ 3
 - Entre 1 y 3 años _____ 4
 - Más de 3 años _____ 5
 - No sabe/no recuerda _____ 8
 - No contesta _____ 9
-

I.2 Higiene dental

105. Ahora le voy a preguntar sobre su higiene dental, ¿con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?

Entrevistador/a: anote lo que responda espontáneamente la persona encuestada.

- Más de tres veces al día _____ 01
Tres veces al día _____ 02
Por la mañana y por la noche _____ 03
Por la mañana y después de comer _____ 04
Después de comer y por la noche _____ 05
Una vez al día por la mañana _____ 06
Una vez al día después de comer _____ 07
Una vez al día por la noche _____ 08
Ocasionalmente, no todos los días _____ 09
Nunca _____ 10
Otra _____ 11
-

I 3. Prácticas preventivas de la mujer

Entrevistador/a: ¿la persona seleccionada es mujer?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo I 4**

106. ¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P109**

107. ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto?

Hace menos de 6 meses _____ 1

Entre 6 meses y 1 año _____ 2

Entre 1 y 3 años _____ 3

Hace más de 3 años _____ 4

Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto _____ 5 → **P109**

No sabe/no recuerda _____ 8

No contesta _____ 9

108. ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias, ...) _____ 1

Orientación/ planificación familiar _____ 2

Revisión periódica _____ 3

Otros motivos _____ 4

109. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama)?

Sí _____ 1
No _____ 6
No sabe/no recuerda _____ 8 → **P114**
No contesta _____ 9

110. ¿En qué año se hizo la primera mamografía?

Año (2000, 2004, ...) →
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

111. ¿Y la última mamografía?

Año (2000, 2004, ...) →
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

112. ¿Cuáles de las siguientes fueron las principales razones por las que se hizo esta última mamografía?

Entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/ la informante considere más importantes.

1. Porque usted misma notó que tenía algún problema en el pecho _____
 2. Porque su médico/a de familia notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen _____
 3. Porque su médico/a de familia se lo aconsejó sin que tuviese usted ningún problema _____
 4. Porque se lo aconsejó su ginecólogo/a sin que tuviese usted ningún problema _____
 5. Porque su ginecólogo/a notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen _____
 6. Porque otras mujeres de su familia han tenido o tienen cáncer de mama _____
 7. Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer de mama _____
 8. Por otra razón _____
-

113. ¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas mamografías, a partir de la primera que se hizo?

- Al menos 1 vez al año _____ 1
Cada 2 años _____ 2
Cada 3 años _____ 3
Aproximadamente 1 vez cada 5 años _____ 4
Más de 5 años _____ 5
Nunca _____ 6
-

114. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células)?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo I4**

115. ¿En qué año se hizo la última citología vaginal?

Año (2000, 2004 ...) →

No sabe/no recuerda _____

No contesta _____

116. ¿Cuál fue la razón por la que se hizo esta última citología vaginal?

Porque tenía molestias _____ 1

Porque se lo recomendaron en la consulta de medicina de familia _____ 2

Porque fue a la consulta de ginecología _____ 3

Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer _____ 4

Por otra razón de tipo médico _____ 5

Por otro tipo de razones (no médicas) _____ 6

117. ¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas citologías a partir de la primera que se hizo?

Al menos 1 vez al año _____ 1

Cada 2 años _____ 2

Cada 3 años _____ 3

Aproximadamente 1 vez cada 5 años _____ 4

Más de 5 años _____ 5

Nunca _____ 6

I 4. Prácticas preventivas en seguridad vial

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas se refieren a las medidas que usted toma para prevenir las lesiones causadas por accidente de tráfico.*

118. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando conduce...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	Nunca conduce
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

119. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando va en coche como acompañante...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	Nunca es acompañante
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

120. ¿Suele usted ponerse el casco cuando va en motocicleta...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No procede
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

121. ¿Suele usted ponerse el casco cuando va en bicicleta...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No procede
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

J. Agresiones

A cumplimentar por el/la entrevistador/a: debido a la sensible temática de los siguientes ítems debe pedir permiso al adulto seleccionado, para formularlas.

¿Se encuentra acompañado/a el/la entrevistado/a en el momento de contestar estas preguntas?

Sí _____ 1 No _____ 6

122. ¿Podría responder a unas preguntas sobre si ha sufrido alguna agresión o maltrato?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo K**

Entrevistador/a: entregue la tarjeta Ad-4 de agresiones y maltratos. Si el/la entrevistado/a no sabe leer, pregunte: *¿Le podría hacer las preguntas en voz alta?*

Sí _____ 1 No _____ 6 → **Módulo K**

123. ¿En el último año ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo K**

124. Y refiriéndonos a la agresión o maltrato que haya tenido, (si es que ha sufrido varias en los últimos 12 meses, refiérase a la última), ¿dónde tuvo lugar?

- En un lugar de ocio _____ 1
 - En el trabajo o lugar de estudios _____ 2
 - En la calle _____ 3
 - En su hogar _____ 4
 - En el edificio donde vive _____ 5
 - En una zona deportiva _____ 6
 - Otros lugares _____ 7
-

125. La/s persona/s que le ha/n agredido o maltratado ha/n sido:

Entrevistador/a: anote todas las respuestas que le indique el entrevistado/a.

- 1. Un desconocido (hombre) _____
 - 2. Una desconocida (mujer) _____
 - 3. Su pareja _____
 - 4. Una mujer conocida (diferente de su pareja) _____
 - 5. Un hombre conocido (diferente de su pareja) _____
-

K. Discriminación

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Quisiera hacerle unas preguntas sobre discriminación.*

126. En el último año, ¿ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, nivel de estudios, clase social, preferencias sexuales o religión?

- Sí _____ 1
 - No _____ 6 → **Módulo L**
-

127. Indique, para cada una de las siguientes situaciones, si en el último año se ha sentido discriminado/a, las causas y la frecuencia

Entrevistador/a, dígame al/a la entrevistado/a: Voy a entregarle una hoja con las respuestas a las preguntas sobre la frecuencia con la que ha podido experimentar discriminación. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Entregue la tarjeta Ad-5. Plantee una a una cada situación y en caso de respuesta afirmativa, pregúntele para cada causa la frecuencia de esa discriminación.

¿Se ha sentido discriminado/a en alguna de las siguientes situaciones?

¿Por cuáles de las siguientes causas se ha sentido discriminado/a?

		A. ¿Por sexo?	B. ¿Por etnia o país?	C. ¿Por nivel de estudios o clase social?	D. ¿Por preferencias sexuales?	E. ¿Por religión?
1. Buscando trabajo	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
2. En el trabajo	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
3. En casa (por su pareja)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
4. En casa (por alguien que no es su pareja)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
5. Al recibir asistencia sanitaria	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
6. En un sitio público (incluye la calle)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4

L. Características físicas y sensoriales

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas se refieren a sus características físicas y sensoriales.*

L 1. Características físicas

Entrevistador/a: si el sujeto de entrevista es una mujer embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo.

128. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en Kg →

No sabe/no recuerda

No contesta

129. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm. →

No sabe/no recuerda

No contesta

130. Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:

Bastante mayor de lo normal 1

Algo mayor de lo normal 2

Normal 3

Menor de lo normal 4

L 2. Características auditivas y visuales

131. ¿Puede oír Vd. un programa de televisión a un volumen que otros consideran normal? *(Si utiliza una prótesis auditiva o audífono, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esa prótesis o audífono)*

Sí 1 → **P133**

No 6

132. ¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

Sí 1

No 6

133. ¿Ve Vd. suficientemente bien como para reconocer a una persona a una distancia de cuatro metros o al otro lado de la calle? *(Si utiliza gafas o lentillas, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esas gafas o lentillas)*

Sí 1 → **Módulo M**

No 6

134. ¿Puede Vd. reconocerla a una distancia de un metro?

Sí _____ 1
 No _____ 6

M. Apoyo afectivo y función familiar

Entrevistador/a, léale al /a la entrevistado/a: *Por último, le voy a hacer unas preguntas sobre el apoyo afectivo que Vd. recibe y su opinión de la función de la familia.*

135. Entrevistador/, dígame al/a la entrevistado/a: *"Voy a entregarle una hoja con diferentes situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen ocurrir en la vida cotidiana. Al lado de cada situación hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada situación y dígame una por una el número de la respuesta que mejor refleja su situación".* Entregue la tarjeta Ad-6. A continuación, diga: *"Para la situación 1, dígame, por favor, el número de su respuesta".* Después de anotar el número, proceda de la misma forma hasta terminar con todas las situaciones.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Recibo amor y afecto _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

136. A continuación le voy a leer una serie de preguntas sobre su situación familiar, es decir, sobre sus relaciones con las personas de su familia con las que tiene un contacto más frecuente.

Por favor, dígame la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal y piense en las mismas personas para responder a todas las preguntas (Lea las alternativas de respuesta).

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. ¿Siente que su familia le quiere? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

N. Limitaciones para la realización de las actividades de la vida cotidiana

137. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Gravemente limitado/a _____ 1
Limitado/a pero no gravemente _____ 2
Nada limitado/a _____ 3 → **P139**
-

138. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Físico _____ 1
Mental _____ 2
Ambos _____ 3
-

139. Entrevistador/a: ¿el/la sujeto seleccionado/a tiene 65 o más años?

- Sí _____ 1 No _____ 6 → **P141**

140. Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona (preparar el desayuno, hacer la comida, fregar los platos ...). No voy a preguntarle si sabe hacerlas sino si en su situación actual es capaz de hacerlas sin ayuda de otra persona, con ayuda o si no puede hacerlas de ninguna manera.*

	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera
1. Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Comprar comida, ropa, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Coger el autobús, metro, taxi, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Preparar su propio desayuno _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Preparar su propia comida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe tomar) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Cortar una rebanada de pan _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Fregar la vajilla _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Hacer la cama _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Cambiar las sábanas de la cama _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Lavar ropa ligera a mano _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Lavar ropa a máquina _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Limpiar la casa (fregar el suelo, barrer, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Limpiar una mancha del suelo agachándose _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Comer (cortar la comida y/o introducirla en la boca) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Peinarse, afeitarse, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Andar (con o sin bastón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. Levantarse de la cama y acostarse _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Cortarse las uñas de los pies _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Coser un botón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Ducharse o bañarse _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Subir diez escalones _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26. Andar durante una hora seguida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27. Quedarse solo/a durante toda una noche _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

141. Hora de finalización de la entrevista

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hora	Minutos

Entrevistador/a: pase a cumplimentar el cuestionario de menores si hubiese menores residentes en el hogar