



2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

CUESTIONARIO PASO 1 Y 2 Formulario

CONTROL DE VISITAS

PASO		VISITA			Resultado	PROXIMA VISITA			OBSERVACIONES
		Día	Mes	Hora		Día	Mes	Hora	
1	1	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
	2	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
	3	_ _	_ _	_ _	_ _				
Y	SUP	_ _	_ _	_ _	0 1 2				
2	SUP	_ _	_ _	_ _	0 1 2				



Resultados	10 – Vivienda inubicable 11 – Desocupada 12 – No reside un hogar particular. 13 – MORADORES AUSENTES 14 – INFORMANTE AUSENTE 15 – Rechazo del hogar 16 – Rechazo del informante 17 – Fuera del universo 18 – Formulario incompleto 19 – Otra situación 20 – STEPS 1 Y 2 COMPLETOS.
------------	---

RESULTADOS 12, 15, 16 O 17 SOLICITAR NOMBRE Y TELÉFONO. SI FORMULARIO INCOMPLETO U OTRA SITUACIÓN (18 O 19) ESPECIFICAR.

Observaciones:

**2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de las
Enfermedades Crónicas No Transmisibles
URUGUAY**

Información sobre la encuesta

COMPLETAR AL FINALIZAR LA ENTREVISTA

Sitio y fecha		Respuesta	Código
1	Código de identificación geográfica Reproduzca del mapa	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Sección</div> <div>Segmento</div> <div>Zona</div> <div>Vivienda</div> </div>	I1
2	Departamento y Localidad o Barrio Reproduzca del mapa	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Departamento</div> <div>Localidad o Barrio</div> </div>	I2
3	Código Departamento y Localidad Reproduzca del mapa	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>DPTO</div> <div>LOC</div> </div>	X1
4	Cédula de Identidad del Entrevistador	<input type="text"/>	I3
5	Fecha de aplicación	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>	I4

Consentimiento y hora		Respuesta	Código
6	SOLO MENORES: Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SÍ No </div> <div> 1 2 (termina entrevista) </div> </div>	I5
7	Hora de inicio de la entrevista (0-24 horas)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div>:</div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>hora</div> <div>minutos</div> </div>	I7



Solo para que supervisen mi trabajo, necesitaría que me dijera su nombre y un número de teléfono.

Información de identificación y contacto del entrevistado			
8	Apellido del entrevistado	<input type="text"/>	I8
9	Nombre del entrevistado	<input type="text"/>	I9
10	Número de teléfono de contacto	<input type="text"/>	I10
11	Especificar de qué teléfono se trata	<div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <div style="text-align: right;"> Trabajo 1 Casa 2 Vecino 3 Otro 4 </div> </div>	X2
12	Dirección de la vivienda	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Calle</div> <div>Número</div> <div>Apto.</div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">Información adicional</div>	X3

La información contenida en I5 hasta X3 debe guardarse separada del cuestionario, ya que contiene información confidencial.

Buenos días / Buenas tardes. Mi nombre es Estoy visitando este hogar para realizar la **2da Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles**. Este estudio es realizado por el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República.

¿Han recibido en su hogar una **carta del Ministerio de Salud Pública**, donde se explican los objetivos del estudio?
 ENTREGAR COPIA DE LA CARTA Y LEER JUNTO CON EL ENTREVISTADO.

En primer lugar necesitaría que me dijera los nombres de todas las personas que residen en esta vivienda y que tengan entre 15 y 64 años. Es solo para seleccionar al azar, a una de estas personas, a quién le haré luego algunas preguntas.

Comenzando por la personas de menor edad... **¿cuál es el nombre de las personas con edades entre 15 y 64 años** que residen en esta vivienda? No se consideran para este estudio mujeres embarazadas o personas con discapacidad severa.

Nro.	Nombre	Sexo NO PREGUNTAR	Edad	Seleccionado MARCAR CON X
1		H M		
2		H M		
3		H M		
4		H M		
5		H M		
6		H M		
7		H M		
8		H M		
9		H M		
10		H M		
11		H M		

		Último dígito del formulario									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cantidad de integrantes entre 15 y 64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
	3	1	1	3	1	2	2	1	3	2	3
	4	4	3	2	1	1	2	2	4	3	4
	5	2	5	3	3	4	1	4	1	2	5
	6	4	6	5	3	1	2	5	2	1	3
	7	3	5	7	2	6	4	1	7	3	2
	8	7	1	3	4	6	5	2	8	8	4
	9	9	7	1	3	4	6	5	2	7	3
	10	1	10	7	1	3	4	6	5	2	9
	11	10	7	1	3	4	6	5	2	9	11

Necesitaría hablar con<nombre de la persona seleccionada>

Step 1 Información Demográfica

Reiterar presentación si la persona seleccionada no es la que proporcionó la información sobre integrantes del hogar.

MENOR DE EDAD: LEER y obtener firma de CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información demográfica			
Pregunta	Respuesta		Código
1	<NO PREGUNTAR> Sexo (Indique hombre o mujer según observe)	Hombre 1 Mujer 2	C1
Para comenzar le haré algunas preguntas, que solo tienen por finalidad clasificar las respuestas de quienes participan en este estudio.			
2	¿Cuál es su fecha de nacimiento ? <i>No Sabe 77 77 7777</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año Si lo sabe, pase a P4	C2
3	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	C3
4	¿Sabe usted leer y escribir ?	Sí 1 No 2 Pase a P7	C5a
5	¿Cuál es el nivel de educación más alto que cursó, lo haya terminado o no?	Sin escolarización formal 1 Primaria 2 Ciclo básico (Liceo,UTU) 3 Secundaria Segundo ciclo (bachillerato, UTU) 4 Estudios terciarios universitarios 5 Estudios terciarios no universitarios (incluye magisterio y profesorado) 6 Estudios de postgrado 7 <NO LEER>Rehúsa 8	C5
6	En total, ¿Cuántos años de estudio aprobó en ese nivel? <i>Si no finalizó 1er año: 00</i>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	X4
7	Cree tener ascendencia ... <Leer opciones>	SI NO Afro o negra? 1 2 Blanca? 1 2 Indígena, Asiática, Amarilla u otra? 1 2	X5
8	¿Actualmente está... <Leer opciones> <i>Priorizar situación conyugal sobre la legal (ejemplo: viudo con pareja actual, marcar 'en unión libre')</i>	Soltero/a 1 Casado/a 2 En unión libre 3 Es Viudo/a 4 Separado o divorciado 5 <NO LEER>Rehúsa 8	C7

9	<p>¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su SITUACIÓN LABORAL ACTUAL?</p> <p><Leer opciones></p> <p><i>Priorizar ocupación sobre otra condición (por ejemplo estudiante que trabaja, marcar empleado).</i></p> <p><i>Si tiene más de un empleo, marcar el principal a juicio del informante.</i></p>	<table> <tr> <td>Empleado/a del sector público</td> <td>1</td> <td rowspan="9">} Pase a P11</td> </tr> <tr> <td>Empleado/a en el sector privado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Trabajador/a independiente</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Trabajador no remunerado/a</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Estudiante</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Amo/a de casa</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Jubilado/a o Pensionista</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>No trabaja y busca trabajo</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No trabaja ni busca trabajo</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><no leer>Rehúsa</td> <td>88</td> </tr> </table>	Empleado/a del sector público	1	} Pase a P11	Empleado/a en el sector privado	2	Trabajador/a independiente	3	Trabajador no remunerado/a	4	Estudiante	5	Amo/a de casa	6	Jubilado/a o Pensionista	7	No trabaja y busca trabajo	8	No trabaja ni busca trabajo	9	<no leer>Rehúsa		88	C8
Empleado/a del sector público	1	} Pase a P11																							
Empleado/a en el sector privado	2																								
Trabajador/a independiente	3																								
Trabajador no remunerado/a	4																								
Estudiante	5																								
Amo/a de casa	6																								
Jubilado/a o Pensionista	7																								
No trabaja y busca trabajo	8																								
No trabaja ni busca trabajo	9																								
<no leer>Rehúsa		88																							
10	¿Cuántos trabajos tiene actualmente?	Nro. de trabajos <u> </u>	X6																						
11	<p>¿Cuántas personas de las siguientes edades (incluyéndose usted) viven en esta casa?</p> <p><Leer y completar cada uno></p>	<table> <tr> <td>Menores de 10 años</td> <td>Nro. de personas <u> </u></td> </tr> <tr> <td>Entre 10 y 17 años</td> <td>Nro. de personas <u> </u></td> </tr> <tr> <td>Entre 18 y 64 años</td> <td>Nro. de personas <u> </u></td> </tr> <tr> <td>65 y más años</td> <td>Nro. de personas <u> </u></td> </tr> </table>	Menores de 10 años	Nro. de personas <u> </u>	Entre 10 y 17 años	Nro. de personas <u> </u>	Entre 18 y 64 años	Nro. de personas <u> </u>	65 y más años	Nro. de personas <u> </u>	X7														
Menores de 10 años	Nro. de personas <u> </u>																								
Entre 10 y 17 años	Nro. de personas <u> </u>																								
Entre 18 y 64 años	Nro. de personas <u> </u>																								
65 y más años	Nro. de personas <u> </u>																								
12	<p>¿Tiene derechos vigentes para atender su salud en alguna institución de asistencia médica?</p> <p>Si tiene cobertura: Esa cobertura es en ...</p> <p><Leer opciones; marcar principal></p>	<table> <tr> <td>Mutualista</td> <td>1</td> <td rowspan="7">} pasa a P14</td> </tr> <tr> <td>ASSE</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sanidad Policial/Militar</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Seguro privado integral</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Area de Salud del BPS</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Policlínica Municipal</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Sin cobertura</td> <td>7</td> </tr> </table>	Mutualista	1	} pasa a P14	ASSE	2	Sanidad Policial/Militar	3	Seguro privado integral	4	Area de Salud del BPS	5	Policlínica Municipal	6	Sin cobertura	7	X8							
Mutualista	1	} pasa a P14																							
ASSE	2																								
Sanidad Policial/Militar	3																								
Seguro privado integral	4																								
Area de Salud del BPS	5																								
Policlínica Municipal	6																								
Sin cobertura	7																								
13	<p>El derecho lo tiene a través de...</p> <p><Leer opciones></p>	<table> <tr> <td>FONASA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ASSE (bajos recursos)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sanidad Policial/Militar</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Lo paga usted u otra persona (de bolsillo)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lo paga su empleador o el de algún miembro del hogar</td> <td>5</td> </tr> </table>	FONASA	1	ASSE (bajos recursos)	2	Sanidad Policial/Militar	3	Lo paga usted u otra persona (de bolsillo)	4	Lo paga su empleador o el de algún miembro del hogar	5	X9												
FONASA	1																								
ASSE (bajos recursos)	2																								
Sanidad Policial/Militar	3																								
Lo paga usted u otra persona (de bolsillo)	4																								
Lo paga su empleador o el de algún miembro del hogar	5																								

Step 1 Medidas del comportamiento

Consumo de tabaco

Ahora le haré preguntas sobre algunos comportamientos relacionados con la salud, como fumar, beber alcohol, comer frutas y verduras así como practicar actividades físicas. **Empecemos por el tabaco.**

Pregunta	Respuesta	Código
14 ¿ <u>Fuma</u> usted actualmente algún producto de <u>tabaco</u> , como cigarrillos, puros o pipas?	Sí 1 No 2 <u>Pase a P19</u>	T1
15 ¿Fuma usted <u>a diario</u> ?	Sí 1 No 2 <u>Pase a P19</u>	T2
16 ¿A que <u>edad comenzó</u> usted <u>a fumar a diario</u> ?	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 77 <u>Si recuerda pase a P18</u>	T3
17 ¿Recuerda <u>cuánto tiempo</u> hace que <u>fuma a diario</u> ? (MARCAR SOLAMENTE UNO, NO LOS TRES) No recuerda 77	En Años <input type="text"/> <input type="text"/>	T4a
	O en Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	T4b
	O en Semanas <input type="text"/> <input type="text"/>	T4c
18 En promedio, ¿ <u>cuántos</u> de los siguientes productos <u>fuma al día</u> ? <Leer opciones; completar todas> No recuerda 77 Luego saltar a Preg 23	Cigarrillos <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a
	Tabaco de enrollar (armados) <input type="text"/> <input type="text"/>	T5b
	Pipas <input type="text"/> <input type="text"/>	T5c
	Habanos <input type="text"/> <input type="text"/>	T5d
	Otro <input type="text"/> Si otro, Especificar	T5e
	Especificar: <input type="text"/>	T5 other
19 En el pasado, ¿Usted <u>fumó</u> ? Si responde afirmativamente: ¿Fumaba <u>a diario</u> ... <u>ocasionalmente</u> ?	A diario 1 Ocasionalmente 2 No 3 <u>Pase a 22</u>	X10
20 ¿Qué <u>edad</u> tenía cuando <u>dejó de fumar a diario</u> ?	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77 <u>Si lo sabe pase a P22</u>	T7-X11
21 ¿ <u>Cuánto tiempo</u> hace que <u>dejó de fumar a diario</u> ? (MARCAR SOLAMENTE UNO, NO LOS TRES) No recuerda 77	Años atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8a-X12
	Meses atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8b-X13
	Semanas atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8c-X14
22 Durante los <u>últimos 7 días</u> ¿Cuántos <u>días</u> hubo alguien en su casa que <u>fumó en su presencia</u> ?	Nro. de días <input type="text"/> No sabe 77	T13

23	Durante los últimos 7 días , ¿Cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo o estudio (en el edificio, en una área de trabajo, en una oficina específica) cuando Usted estaba presente?	Nro. de días <input type="text"/>		X15
		No trabajó o estudió en espacio cerrado 66 No sabe 77		
24	Durante los últimos 30 días , ¿ha visto u oído información sobre los peligros de fumar cigarrillos o que anime a dejar de fumar, a través de los siguientes medios de comunicación? <Leer opciones; marcar todas>	Diarios o revistas	Si No No sabe 1 2 7	X16
		Televisión	1 2 7	X17
		Radio	1 2 7	X18
25	Durante los últimos 30 días , ¿ha visto u oído anuncios que promueven los cigarrillos en los locales comerciales donde se venden?	Si 1 No 2 No sabe 7		X19
Solamente para fumadores actuales...				
26	Durante los últimos 30 días , las etiquetas de advertencia en los paquetes de cigarrillos lo han hecho pensar en dejar de fumar ?	Si 1 No 2 No sabe 7		TP5
27	La última vez que compró cigarrillos manufacturados para usted, ¿ cuántos cigarrillos compró en total?	Nro de cigarrillos <input type="text"/>		X20
		Si no sabe o no consume cigarrillos manufacturados, PASE A P29. No sabe 7777		
28A	En total, ¿ cuánto dinero pagó por esa compra?	Pesos <input type="text"/> No sabe 7777 Rehúsa 8888		X21

Consumo de alcohol			
Cambiando de tema...			
Pregunta		Respuesta	Código
29	¿Ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2 pase a P41	X22
30	Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica? <Leer opciones>	Una vez al mes o menos 1 2 ó 4 veces al mes 2 2 ó 3 veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 4 A diario 5	X23
31	¿Cuántos suele tomar usted en un día de consumo normal de alcohol ? _____ <VER CARTILLA DE EQUIVALENCIA>	Uno o dos tragos 1 Tres o cuatro tragos 2 Cinco o seis tragos 3 Siete a nueve tragos 4 Diez o más tragos 5	X24
32	¿ Qué tan seguido toma usted seis o más tragos en un solo día ?	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X25
33	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , ha sido incapaz de parar de beber alcohol una vez que había empezado? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X26
34	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido alcohol? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X27
35	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , ha necesitado beber alcohol en ayunas para recuperarse después de haber bebido el día anterior? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X28
36	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido alcohol? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X29
37	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo alcohol? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X30

38	¿ Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herida debido a que usted había bebido alcohol? Si responde afirmativamente: ¿Eso sucedió en el último año o antes ?	Sí	No en el curso del último año	1	X31
			En el último año	2	
		No		0	
39	¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas? Si responde afirmativamente: ¿Eso sucedió en el último año o antes ?	Sí	No en el curso del último año	1	X32
			En el último año	2	
		No		0	

40A	¿Ha consumido una bebida que contenga alcohol en los <u>últimos 30 días</u> ?	Sí 1 No 2 No sabe 7	X33
Si contesta que NO, pasar a P41.			
40B	Durante los <u>últimos 7 días</u> ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado <u>cada día</u> ? <leer día a día> <i>Si no recuerda algún día: 77</i>	Lunes <input type="text"/> Martes <input type="text"/> Miércoles <input type="text"/> Jueves <input type="text"/> Viernes <input type="text"/> Sábado <input type="text"/> Domingo <input type="text"/>	X34

Dieta

Ahora le haré unas preguntas sobre el consumo de frutas y verduras.

Pregunta	Respuesta	Código				
41 Pensando en frutas frescas como manzanas, bananas, naranjas... así como en jugos naturales de fruta o fruta enlatada. En <u>una semana típica</u> , ¿Cuántos <u>días come usted frutas</u> ?	Número de días <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <u>Si ningún día pase a P43</u> No Sabe 77	D1				
42 ¿Cuántas <u>porciones</u> de frutas come en <u>uno</u> de esos días? <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>	Número de porciones <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No Sabe 77	D2				
43 Sin considerar papa o boniato. En <u>una semana típica</u> , ¿Cuántos <u>días come usted verduras</u> ?	Número de días <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <u>Si ningún día pase a P45</u> No Sabe 77	D3				
44 ¿Cuántas <u>porciones</u> de verduras come en <u>uno</u> de esos días? <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>	Número de porciones <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No Sabe 77	D4				
45 ¿Qué tipo de <u>aceite</u> o <u>grasa</u> se utiliza <u>generalmente</u> en su casa para <u>preparar la comida</u> ? Si utiliza más de uno, ¿Cuál utilizan la mayor parte de las veces?	Aceite vegetal 1 Grasa vacuna 2 Manteca 3 Margarina 4 Otro 5 Especificar en D5 otro Ninguno en particular 6 No uso ninguno 7 No sabe 77 Otro <input style="width: 150px;" type="text"/>	D5 D5other				
46 En <u>una semana típica</u> ¿Cuántos <u>días</u> come <u>comidas no preparadas</u> en su hogar y/o <u>listas para consumir</u> en el <u>almuerzo</u> ? Me refiero a preparaciones <u>no</u> elaboradas a nivel casero sino a nivel industrial, de venta en comercios o rotiserías. También abarca las preparaciones pre cocidas que se descongelan o calientan en el hogar <UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA> ¿Y en <u>una semana típica</u> ¿Cuántas veces come ese tipo de comidas <u>en las cenas</u> ?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: top;">Almuerzos</td><td style="width: 70%; vertical-align: top;"> Número <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe 77 </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">Cenas</td><td style="vertical-align: top;"> Número <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe 77 </td></tr> </table>	Almuerzos	Número <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe 77	Cenas	Número <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe 77	X35 X36
Almuerzos	Número <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe 77					
Cenas	Número <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe 77					
47 En <u>una semana típica</u> ¿Cuántos <u>días</u> consume uno o mas de los siguientes productos... Galletitas (al agua, salvado, dulces...), cereales de desayuno, alfajores, barritas de cereal, bizcochería en general, snacks (papas, palitos, chizitos, etc.)	Número <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe 77	X37				

Consumo de sal

Con las siguientes preguntas nos gustaría conocer **cuánto incorpora la sal en su dieta**.

Me refiero a sal común de mesa, sal marina, sal de ajo, de cebolla, salsa de soja o cubitos de caldo salado.

<CONSIDERAR OTROS EJEMPLOS DE CARTILLA>

Pregunta	Respuesta	Código
48 ¿En una semana típica , con qué frecuencia añade al cocinar o preparar alimentos en su hogar algún tipo de sal, cubito de caldo o salsa soja?	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Raramente 4 Nunca 5 No sabe 7	X38
49 ¿ En una semana típica , con qué frecuencia agrega sal o un condimento salado a su comida justo antes de comer o cuando usted está comiendo ?	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Raramente 4 Nunca 5 No sabe 7	X39
50 ¿ En una semana típica , con qué frecuencia come usted alimentos procesados que contienen mucha sal ? Como fiambres, embutidos, aperitivos salados envasados o en lata (papas, maní, aceitunas, chichitos, etc) o alimentos salados preparados de servicio rápido?	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Raramente 4 Nunca 5 No sabe 7	X40
51 ¿Hace seguido alguna de las siguientes cosas para controlar su consumo de sal ? Por ejemplo... (leer y registrar en cada opción)		
Consumir pocos alimentos procesados	Si 1 No 2	X41
Mirar el contenido de sal o sodio en las etiquetas de los alimentos	Si 1 No 2	X42
Consumir o comprar productos con bajo contenido de sal o sodio	Si 1 No 2	X43
Usar productos diferentes a la sal para cocinar	Si 1 No 2	X44
Evitar el consumo de alimentos preparados fuera del hogar	Si 1 No 2	X45
¿Realiza alguna otra acción para controlar el consumo de sal?	Si 1 especificar en X46 otro No 2	X46
Otro (especificar)	_____	X46 otro
52 ¿ Revisa usted la información nutricional (valor calórico, proteínas, grasas, etc.) de los productos alimenticios que adquiere y/o consume? Si responde afirmativamente ¿Con qué frecuencia lo hace? <Leer opciones>	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Rara vez 4 Nunca 5	X47
53 ¿Consumes usted mate ?	Si 1 No 2 pase a P55	X48
54 ¿En una semana típica, cuántos días consume mate ?	Nro. <u> </u> <u> </u>	X49

55	Y en una semana típica ¿Cuántos días consume bebidas azucaradas ? Refrescos no dietéticos, jugos con azúcar, jugos en polvo, mate con azúcar...	Nro. <input type="text"/>	X50
----	---	---------------------------	-----

Actividad física

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de **actividad física**. Le pido que conteste las preguntas aunque no se considere una persona que hace ejercicio.

Piense primero en el tiempo que pasa en el **trabajo**, se trate de un empleo remunerado o no; **estudiando**; **manteniendo su casa**; o **buscando trabajo**.

En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan que la respiración o del ritmo cardíaco se aceleren. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquellas que implican un esfuerzo físico menos importante y causan que la respiración o del ritmo cardíaco aumenten solo un poco.

Pregunta	Respuesta	Código
En el trabajo, estudiando, manteniendo la casa		
56	¿Exige su trabajo, estudio o las actividades del hogar, una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar objetos pesados, durante al menos 10 minutos consecutivos ? <UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>	<div>Sí 1</div> <div>No 2 pase a P59</div> <div>P1</div>
57	En una semana típica , ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo, estudio o al realizar tareas del hogar?	<div>Número de días <input type="text"/></div> <div>P2</div>
58	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades, en una jornada de (Trabajo/ Estudio/ Actividad del hogar)?	<div>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></div> <div>hrs mins</div> <div>P3 (a-b)</div>
59	¿Exige su trabajo, estudio o tareas del hogar, una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros, durante al menos 10 minutos consecutivos ? <UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>	<div>Sí 1</div> <div>No 2 pase a P62</div> <div>P4</div>
60	En una semana típica , ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada ?	<div>Número de días <input type="text"/></div> <div>P5</div>
61	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades, en una jornada de (Trabajo/ Estudio/ Actividad del hogar)?	<div>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></div> <div>hrs mins</div> <div>P6 (a-b)</div>

Para desplazarse

En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, en el estudio o en las tareas del hogar, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber **cómo se desplaza de un sitio a otro**. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, a visitar familiares o amigos.

62	¿ Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en alguno de sus desplazamientos ?	<div>Sí 1</div> <div>No 2 pase a P65</div> <div>P7</div>
----	--	---

63	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días	<input type="text"/>	P8
64	En un día típico , ¿ cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P9 (a-b)

En el tiempo libre

Las siguientes preguntas no consideran la actividad física en el trabajo, estudio o tareas del hogar, ni la actividad física para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría hacerle unas pocas preguntas sobre deportes u otras actividades físicas que algunas personas realizan **en su tiempo libre**.

65	¿En su tiempo libre, practica usted deportes intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como correr, jugar al fútbol, hacer gimnasia aeróbica, levantar pesas, durante al menos 10 minutos consecutivos ?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 pase a P68</p>	P10
<UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>			
66	En una semana típica , ¿cuántos días practica usted deportes intensos en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P11
67	En uno de esos días en los que practica deportes intensos, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P12 (a-b)
68	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar, durante al menos 10 minutos consecutivos ?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 pase a P71</p>	P13
<UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>			
69	En una semana típica , ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P14
70	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P15 (a-b)

Comportamiento sedentario

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar **sentado o recostado** en el **trabajo**, en **casa**, en los **desplazamientos** o **con sus amigos**. Se incluye el tiempo que pasa ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando ómnibus, jugando a las cartas o viendo la televisión. Pero **no se incluye el tiempo pasado durmiendo**.

71	¿ Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico ?	Horas : minutos	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)
----	---	-----------------	---	--------------

Antecedentes de presión arterial elevada

Cambiando de tema...

Pregunta	Respuesta	Código
72 ¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha tomado la presión ?	Sí 1 No 2 pase a P76	H1
73 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de salud que tiene presión alta , o hipertensión ?	Sí 1 No 2 pase a P76	H2a
74 ¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2	H2b
En relación con la presión alta ¿un médico u otro profesional de salud le ha indicado alguno de los tratamientos o le ha aconsejado alguna de las cosas que le voy a leer a continuación? Por ejemplo...		
75	Le ha recetado medicamentos que usted ha tomado durante las últimas dos semanas	Sí 1 No 2 H3a
	Le aconsejó reducir el consumo de sal	Sí 1 No 2 H3b
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2 H3c
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2 H3d
	Le aconsejó hacer más ejercicio	Sí 1 No 2 H3e

Antecedentes de diabetes

Pregunta	Respuesta	Código
76 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha medido la glucosa (azúcar) en la sangre ?	Sí 1 No 2 pase a P82	H6
77 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa (azúcar) en la sangre es alto ?	Sí 1 No 2 pase a P82	H7a
78 ¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2	H7b
¿Un médico u otro profesional de salud le ha indicado alguno de los tratamientos o le ha aconsejado alguna de las cosas que le voy a leer a continuación por tener diabetes ? Por ejemplo...		
79	Le ha indicado inyectarse Insulina	Sí 1 No 2 H8a
	Le ha recetado medicamentos por boca , que usted ha tomado durante las últimas dos semanas	Sí 1 No 2 H8b
	Le ha indicado una dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2 H8c
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2 H8d
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2 H8e
	Le aconsejó hacer más ejercicio	Sí 1 No 2 H8f
80	¿Cuál fue la última vez que le examinaron sus ojos como parte del control de la diabetes ?	Durante los últimos dos años 1 Hace más de dos años 2 Nunca 3 No sabe 7 H11

81	¿Cuál fue la última vez que le examinaron sus pies como parte del control de la diabetes ?	Durante el último año 1 Hace más de uno año 2 Nunca 3 No sabe 7	H12
----	---	--	-----

Antecedentes de colesterol elevado

Pregunta	Respuesta	Código
82 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha medido el colesterol ?	Sí 1 No 2 pase a P86	L1a
83 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol es alto ?	Sí 1 No 2 pase a P86	L2a
84 ¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	L2b
85 ¿Está actualmente recibiendo alguno de los siguientes tratamientos para el colesterol prescritos por un medico o profesional de salud?		
Tomando medicamentos por boca durante las últimas 2 semanas	Sí 1 No 2	L3a
Haciendo una dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	L3b
Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	L3c
Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	L3d
Le aconsejaron hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	L3e

Antecedentes de sobrepeso/obesidad

Pregunta	Respuesta	Código
86 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene usted sobrepeso u obesidad ?	Sí 1 No 2 pase a P89	X51
87 ¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2	X52
88 ¿Esta actualmente recibiendo alguno de los siguientes tratamientos para el sobrepeso u obesidad , indicado por un medico o profesional de salud? Por ejemplo...		
Tomando medicamentos por boca durante las últimas 2 semanas	Sí 1 No 2	X53
Haciendo una dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	X54
Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	X55
Le aconsejaron hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	X56

Antecedentes de insuficiencia renal crónica

Pregunta	Respuesta	Código
89 ¿Le han medido la creatinina ? La creatinina es una sustancia que está aumentada cuando los riñones no funcionan bien o hay insuficiencia renal.	Sí 1 No 2 pase a P92 No sabe 7	X57
90 ¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted insuficiencia renal crónica ?	Sí 1 No 2 pase a P92	X58
91 ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2	X59

Antecedentes familiares

Ya para ir terminando...

Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padre o madre, hermanos o hermanas) ha sido diagnosticado con algunas de las siguientes enfermedades ? Por ejemplo...		
Diabetes (azúcar) en la sangre	Sí 1 No 2	F1a
Presión alta	Sí 1 No 2	F1b
Derrame cerebral	Sí 1 No 2	F1c
Cáncer o tumor maligno	Sí 1 No 2	F1d
Colesterol alto	Sí 1 No 2	F1e
Ataque de corazón antes de los de 55 años si es hombre o antes de los 65 años si es mujer	Sí 1 No 2	F1f
93 ¿Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padres, hermanos y hermanas) ha estado en tratamiento de diálisis renal o ha recibido un trasplante renal ?	Sí 1 No 2	X60

Tamizaje de salud

Pregunta	Respuesta	Código
94 Alguna vez le han examinado una muestra de materias fecales para buscar sangre ?	Sí 1 No 2	S1
95 ¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia ?	Sí 1 No 2	S2
96 Solo mujeres. (Hombre, pasa a 99) ¿Cuando fue la última vez que en un examen médico le examinaron las mamas ?	1 año o menos 1 Entre 1 a 2 años 2 Más de 2 años 3 Nunca 4 No se 7	S5
97 ¿Cuando fue la última vez que se realizó una mamografía ?	Hace menos de 1año 1 Entre 1 año y menos de 2 años 2 Entre 2 años y menos de 3 años 3 3 o más años 4 Nunca 5 No se 7	S6

98	¿Cuando fue la última vez que se realizó un examen de Papanicolau ?	Hace menos de 1 año 1 Entre 1 año y menos de 2 años 2 Entre 2 años y menos de 3 años 3 3 o más años 4 Nunca 5 No se 7	S7
----	---	--	----

Lesiones

Las siguientes preguntas refieren a experiencias y comportamientos relacionados con **el tránsito**.

Preguntas		Respuestas		Código
99	En los últimos 30 días , ¿con qué frecuencia usó el cinturón de seguridad cuando era el conductor o el pasajero de un automóvil?	Todo el tiempo Algunas veces Nunca No ha estado en un vehiculo en los últimos 30 días El automóvil que utilizo no esta equipado con un cinturón de seguridad No sabe Rehúsa	1 2 3 4 5 7 8	X61
100	En los últimos 30 días , ¿con qué frecuencia utilizó un casco cuando condujo o fue acompañante en una bicicleta, motocicleta o similar (como cuatriciclo, etc.)?	Todo el tiempo Algunas veces Nunca No ha estado en una bicicleta/motocicleta en los últimos 30 días No sabe Rehúsa	1 2 3 4 7 8	X62
101	Durante los últimos 30 días , ¿cuántas veces ha conducido un vehículo motorizado habiendo bebido 2 ó más tragos ?	Número de veces No sabe Rehúsa	<div><div></div><div></div><div></div></div> 77 88	X63
102	Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces viajó en un vehiculo motorizado cuyo conductor haya bebido 2 ó más tragos ?	Número de veces No sabe Rehúsa	<div><div></div><div></div><div></div></div> 77 88	X64
103	En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado en un siniestro de tránsito ? Si la respuesta es afirmativa: ¿Usted se desplazaba como... <Leer opciones>	<div><div>Si</div><div>Como conductor (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)</div><div>Como pasajero (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)</div><div>Como peatón</div><div>Como ciclista</div><div>Como motociclista (conductor o acompañante)</div><div>No</div><div>No sabe</div></div>	1 2 3 4 5 6 pase a P106 7 pase a P106	X65
104	En ese siniestro de tránsito ¿Sufrió lesiones que requirieron atención médica ?	Si No No sabe Rehúsa	1 2 77 88 pase a P106	X66

105	¿Estuvo hospitalizado por esas lesiones? Por <i>hospitalizado</i> nos referimos a haber pasado al menos una noche internado. (no a ser atendido puntualmente en un servicio de emergencia de un centro de salud).	Si 1 No 2	X67
Las siguientes preguntas refieren a lesiones graves en los últimos 12 meses, sin incluir accidentes de tránsito .			
106	Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo lesionado(a) por alguna causa, sin incluir los siniestros de tránsito, requiriendo atención médica ?	Si 1 No 2 pase a P110 No sabe 7 Rechusa 8	X68
107	¿Estuvo hospitalizado por esas lesiones? Por <i>hospitalizado</i> nos referimos a haber pasado al menos una noche internado. (no a ser atendido puntualmente en un servicio de emergencia de un centro de salud).	Si 1 No 2	X69
108	¿Cuál fue la causa de esas lesiones?	Caída 1 Quemadura 2 Intoxicación 3 Herida con objeto cortante 4 Estar a punto de ahogarse 5 Mordida de animal 6 Recibir disparo de arma de fuego 7 Ser golpeado por un objeto 8 Ser golpeado por una o más personas 9 Otro 10 Especificar otro No sabe 77 Rechusa 88 Especificación OTRO	X70 X70otro
109	¿Estas lesiones fueron causadas de manera accidental o intencional ? Si responde intencional: ¿Se produjo usted esas lesiones o se las causó otra persona ?	Accidental 1 Intencional Autoinfligida 2 Intencional Agresión 3 No sabe 7 Rechusa 8	X71

<p>Ya para terminar, quisiera hacerle unas pocas preguntas sobre su hogar. Como las que le realicé al comienzo de esta entrevista, solo tienen por finalidad clasificar las respuestas brindadas por todos quienes participan en el estudio.</p>		<p>113. ¿Cuántos baños tiene la vivienda? X75</p> <p>Uno o ninguno 1</p> <p>Dos 2</p> <p>Más de dos 3</p>	
<p>110. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por el principal sostenedor del hogar? X72</p> <p>Primaria completa o menos 1</p> <p>Enseñanza media completa o incompleta 2</p> <p>Enseñanza técnica (UTU o similar) completa o incompleta 3</p> <p>Terciaria incompleta (Mag/Profesorado) 4</p> <p>Universitario Incompleto 5</p> <p>Terciaria completa (Mag/Profesorado) 6</p> <p>Universitario Completo 7</p> <p>Post Grado 8</p>		<p>ESTE HOGAR, ¿CUENTA CON...</p> <p>114. Automóvil (sólo para uso del hogar) X76</p> <p>No hay 1</p> <p>Uno 2</p> <p>Más de uno 3</p>	
<p>111. ¿En cuál de las siguientes instituciones de asistencia a la salud se atiende el principal sostenedor del hogar? X73</p> <p>Hospital Público 1</p> <p>Hospital Policial o Militar 2</p> <p>Mutualista 3</p> <p>Seguro privado 4</p>		<p>115. Servicio doméstico X77</p> <p>No tiene 1</p> <p>Por hora 2</p> <p>Por día 3</p> <p>Con cama 4</p>	
<p>112. ¿Cuántas personas perciben ingresos en el hogar? X74</p> <p>Una persona 1</p> <p>Dos personas 2</p> <p>Tres personas 3</p> <p>Más de tres personas 4</p>		<p>116. TV color X78</p> <p>Ninguno 1</p> <p>Uno 2</p> <p>Dos 3</p> <p>Más de dos 4</p>	
		<p>117. Heladera con o sin freezer X79</p> <p>Tiene 1</p> <p>No tiene 2</p>	

118	<p>¿Puede darnos una estimación de los ingresos mensuales de su hogar si le leo algunas opciones?</p>	<p>Menos de \$ 20.000 1</p> <p>Entre \$ 20.000 y menos de \$ 30.000 2</p> <p>Entre \$ 30.000 y menos de \$ 40.000 3</p> <p>Entre \$ 40.000 y menos de \$ 60.000 4</p> <p>\$ 60.000 y más 5</p> <p><no leer> No sabe 6</p> <p>Rehúsa 7</p>	X80
-----	--	---	-----

Necesitaría ahora tomarle la presión arterial así como medir su estatura y peso.

Paso 2 Medidas Físicas

LEER y obtener firma de CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento y hora	Respuesta		Código
Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado para el paso 2	Sí	1	X81
	No	2 (termina paso 2)	

Medición de presión arterial			
1	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	M8
2	Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial	<input type="text"/>	M9
3	Tamaño del brazalete utilizado Los brazaletes que se utilizan son medianos (normal)	Pequeño 1 Normal 2 Grande 3	M10
4	Lectura 1	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M11a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M11b
5	Lectura 2	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M12a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M12b
6	Lectura 3	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M13a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M13b
7	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la tensión alta?	Sí 1 No 2	M14
OBSERVACIONES			
8	El informante se encontraba con...	Brazo descubierto 1 Brazo cubierto 2	X82
9	La temperatura ambiente era...	Muy fría 1 Fría 2 Templada 3 Calurosa 4	X83
10	Otra situación que afecte la medida (por ejemplo problemas con el tamaño del manguito): _____		X84otro

Medición de talla y peso		Respuesta		Código
11	Código de identificación del aparato para medir la estatura (tallímetro) y el peso (balanza)	Estatura <input type="text"/>		M2
		Peso <input type="text"/>		
12	Estatura	en Centímetros (cm.) <input type="text"/>		M3
OBSERVACIONES				
13	El informante se encontraba...	Calzado	<div>Sin tacos 1</div> <div>Con tacos 2</div>	X85
		Descalzo	3	
14	¿El informante utilizó gorro durante la medición?	<div>Si 1</div> <div>No 2</div>		X86
15	Otra situación que afecte la medida: _____			X87otro
16	Peso Si pesa demasiado para la escala, usar código 666.6	en Kilogramos (Kg.)	<input type="text"/>	M4
17	<u>Sólo mujeres:</u> ¿Está usted embarazada?	<div>Si 1</div> <div>No 2</div>	FINALIZAR (no medir cintura)	M5
OBSERVACIONES				
18	El informante se encontraba...	<div>Con calzado 1</div> <div>Sin calzado 2</div>		X88
19	¿El informante llevaba puesto más de un buzo?	<div>Si 1</div> <div>No 2</div>		X89
20	¿El informante llevaba puesta campera?	<div>Si 1</div> <div>No 2</div>		X90
21	Otra situación que afecte la medida: _____			X91otro

Perímetro de Cintura			
22	Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura	<input type="text"/>	M6
23	Perímetro de cintura	en Centímetros (cm.) <input type="text"/>	M7
OBSERVACIONES			
24	La medición se tomó...	<div>Sobre la piel 1</div> <div>Sobre buzo fino 2</div> <div>Sobre ropa de abrigo 3</div>	X92
25	Otra situación que afecte la medida: _____		X93otro

Con esto hemos finalizado. Tenemos que coordinar con usted para que venga a tomarle una muestra de sangre...



2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

CUESTIONARIO PASO 3

Formulario

CONTROL DE VISITAS

PASO		VISITA DiaMesHora	Resultado	PROXIMA VISITA Dia Mes Hora	OBSERVACIONES
3	1	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
	2	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
	3	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _		
	SUP	_ _ _ _ _ _ _	0 1 2		



Resultados	10 – Vivienda inubicable 11 – Desocupada 12 – No reside un hogar particular. 13 – MORADORES AUSENTES 14 – INFORMANTE AUSENTE 15 – Rechazo del hogar 16 – Rechazo del informante 17 – Fuera del universo 18 – Formulario incompleto 19 – Otra situación 20 – STEPS 3 COMPLETO.
------------	--

Información de identificación y contacto del entrevistado			
8	Apellido del entrevistado		I8
9	Nombre del entrevistado		I9
10	Número de teléfono de contacto	_ _ _ _ _ _ _	I10
11	Especificar de qué teléfono se trata	<div>Trabajo 1</div> <div>Casa 2</div> <div>Vecino 3</div> <div>Otro 4</div>	X2
12	Dirección de la vivienda	<div> <div>Calle</div> <div>Número</div> <div>Apto.</div> </div> <div>Información adicional</div>	X3



indra



Step 3 Medidas bioquímicas

LEER y obtener firma de CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento y hora	Respuesta	Código
Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado para el paso 3	Sí 1 No 2 (finalice)	X94

Glucemia			
1	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	B2
2	Durante las últimas 8 horas , ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Sí 1 No 2	B1
3	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B3
4	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	B4
5	Glucemia en ayunas	Mg/dl <input type="text"/>	B5
6	¿Se ha administrado insulina o tomado medicación para la diabetes en el día de hoy?.	Sí 1 No 2	B6

Colesterol			
7	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B7
8	Colesterol total	Mmol/l <input type="text"/>	B8
9	¿Durante las últimas 2 semanas, ha tomado medicamentos para el colesterol alto?	Sí 1 No 2	B9

Agradecer el tiempo y el interés dispensado.

Observaciones
