

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**Encuesta Nacional de Salud 2000**

**Cuestionario de Adultos de 20 o más Años de Edad**

**IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA**

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MUNICIPIO O DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CLAVE DE AGEB \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MANZANA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CONTROL DE CUESTIONARIO**

NÚMERO DE CONTROL ..... / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FOLIO DE VIVIENDA ..... / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HOGAR ..... / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CUESTIONARIO ..... / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA (NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA)**

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)

NÚMERO EXTERIOR

NÚMERO INTERIOR

(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

**RESULTADO DE LA VISITA**

NÚMERO DE LA VISITA	1a.	2a.	ÚLTIMA VISITA / ____ / ____
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
HORA DE INICIO	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
HORA DE TÉRMINO	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
FECHA (dd mm aaaa)	____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____
RESULTADO (*)	____	____	____

**(\*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA**

- |                         |                                                    |                                       |
|-------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 ENTREVISTA COMPLETA   | 4 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 7 VIVIENDA DESHABITADA                |
| 2 ENTREVISTA INCOMPLETA | 5 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN                        | 8 VIVIENDA DE USO TEMPORAL            |
| 3 INFORMANTE INADECUADO | 6 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)                 | 9 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

**NÚM. DE REGISTRO DEL ADULTO SELECCIONADO** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DÍA MES AÑO

SEXO \_\_\_\_  
HOMBRE..... 1  
MUJER..... 2

EDAD \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AÑOS MESES

ESTADO CONYUGAL  
(TRANSCRIBA CLAVE) \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 2.2.

<b>Accidentes de transporte terrestre:</b> atropellamiento, choque, o caída por automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo	01
<b>Otros accidentes de transporte:</b> accidentes de transporte acuático, Aéreo, teleférico	02
<b>Caída:</b> a nivel del piso, desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación,	03
<b>Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas:</b> golpe, aplastamiento o contacto traumático con objetos, maquinaria o equipos de elevación, herramientas, vidrios u otros objetos cortantes, disparos, y explosiones accidentales	04
<b>Exposición a fuerzas mecánicas animadas:</b> contacto con otras personas, animales o plantas no venenosos	05
<b>Ahogamiento y sumersión accidentales:</b> en bañeras, piscinas, aguas naturales	06
<b>Otros accidentes que obstruyen la respiración:</b> sofocación o estrangulamiento accidental, sofocación por hundimiento, inhalación de contenido gástrico, alimentos u objetos, encierro en lugar herméticamente cerrado, sofocación por bolsa plástica	07
<b>Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas:</b> choque eléctrico, exposición a rayos X, rayos UV, láser, calor o frío excesivo artificial, presión atmosférica alta o baja	08
<b>Exposición al fuego, humo y llamas:</b> en incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas	09
<b>Contacto con calor y sustancias calientes:</b> bebidas, alimentos, agua, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes	10
<b>Contacto traumático con animales y plantas venenosos:</b> serpientes, arañas, avispas, abejas, ciempiés, medusas	11
<b>Exposición a fuerzas de la naturaleza:</b> calor frío natural, radiación solar, rayos, terremoto, avalancha, ciclón, inundación	12
<b>Envenenamiento accidental:</b> medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos	13
<b>Exposición accidental a otros factores:</b> exceso de esfuerzo físico, privación de alimentos y agua, y exposición a otros factores	77



## SECCIÓN 1. FACTORES DE RIESGO

1.1 ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	Sí..... 1 No..... 2 Nunca ha fumado..... 0	/ / <b>PASE A 1.7</b>
1.2 ¿A qué edad empezó a fumar cigarrillos de tabaco?	No sabe..... 88 No responde..... 99	/ / / <b>años cumplidos</b>
1.3 ¿Actualmente fuma?	Sí..... 1 No..... 2	/ /
1.4 ¿Con qué frecuencia fuma (fumaba)?	Diario..... 1 Ocasionalmente..... 2	/ /
1.5 Los días que fuma (fumaba) ¿Cuántos cigarrillos consume (consumía)?	No sabe..... 88	/ / / <b>Núm. de cigarrillos</b>
1.6 ¿Durante cuánto tiempo ha fumado (fumó) regularmente?	Menos de un mes ..... 0 0 No sabe..... 8 8	<b>meses</b> / / / <b>años</b> / / /
1.7 ¿A qué edad comenzó a tomar bebidas que contienen alcohol como cerveza, vino, brandy, ron, vodka, tequila, mezcal, pulque, aguardiente o bebidas preparadas con ellos?	Nunca ha tomado..... 00	/ / / <b>anote años</b> <b>PASE A 1.13</b>
1.8 ¿Actualmente toma?	Sí..... 1 No..... 2	/ /
1.9 ¿Con qué frecuencia toma (o tomaba)?	Diario..... 1 Ocasionalmente..... 2	/ /
1.10 Los días que toma (o tomaba) ¿cuántas copa toma (o tomaba)?	No sabe..... 8 8	<b>Núm. de copas</b> / / /
1.11 ¿Durante cuánto tiempo ha bebido (o bebió) usted esa cantidad regularmente?	Menos de un mes ..... 0 0 No sabe..... 8 8	<b>meses</b> / / / <b>años</b> / / /



<p>1.12 En el último mes ¿con qué frecuencia tomó lo suficiente como para sentirse borracho o embriagado?</p>	<p>Nunca en el último mes 1</p> <p>Una vez en el mes 2</p> <p>2 o 3 veces en el último mes 3</p> <p>1 o más veces a la semana 4</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>	<p>___/___</p>																																								
<p>1.13 ¿Me podría decir si ha tomado, usado o probado por indicación médica o por alguna otra razón?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NO RESPONDE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Opiáceos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Tranquilizantes para los nervios</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Sedantes o barbitúricos para dormir</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Mariguana</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cocaína</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Heroína</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Inhalables como thinner, pegamento, pintura, gasolina</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NO RESPONDE	Opiáceos	1	2	9	Tranquilizantes para los nervios	1	2	9	Sedantes o barbitúricos para dormir	1	2	9	Anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía	1	2	9	Mariguana	1	2	9	Cocaína	1	2	9	Heroína	1	2	9	Alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD	1	2	9	Inhalables como thinner, pegamento, pintura, gasolina	1	2	9	<p>___/___</p> <p>___/___</p> <p>___/___</p> <p>___/___</p> <p>___/___</p> <p>___/___</p> <p>___/___</p> <p>___/___</p> <p>___/___</p>
	SÍ	NO	NO RESPONDE																																							
Opiáceos	1	2	9																																							
Tranquilizantes para los nervios	1	2	9																																							
Sedantes o barbitúricos para dormir	1	2	9																																							
Anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía	1	2	9																																							
Mariguana	1	2	9																																							
Cocaína	1	2	9																																							
Heroína	1	2	9																																							
Alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD	1	2	9																																							
Inhalables como thinner, pegamento, pintura, gasolina	1	2	9																																							



## SECCIÓN 2. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

<p>2.1 ¿Ha sufrido algún daño a su salud debido a un accidente en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>_____ / ____ / ____</p> <p><b>PASE A 2.4</b></p>
<p>2.2 ¿Cómo fue que se accidentó?</p> <div data-bbox="272 717 613 868" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>REVISE LA LISTA DE EJEMPLOS DE LA PÁGINA DOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO</p> </div>	<p>Accidentes de transporte terrestre..... 01</p> <p>Otros accidentes de transporte..... 02</p> <p>Caída..... 03</p> <p>Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas..... 04</p> <p>Exposición a fuerzas mecánicas animadas..... 05</p> <p>Ahogamiento y sumersión accidentales..... 06</p> <p>Otros accidentes que obstruyen la respiración..... 07</p> <p>Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura..... 08</p> <p>Exposición al fuego, humo y llamas..... 09</p> <p>Contacto con calor y sustancias calientes..... 10</p> <p>Contacto traumático con animales y plantas venenosos..... 11</p> <p>Exposición a fuerzas de la naturaleza..... 12</p> <p>Envenenamiento accidental..... 13</p> <p>Exposición accidental a otros factores..... 77</p> <p>No sabe..... 88</p> <p>No responde..... 99</p>	<p>_____ / ____ / ____</p>



2.3 ¿En que lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?	Hogar ..... 01 Escuela ..... 02 Trabajo ..... 03 Vía pública ..... 04 Campo ..... 05 Lugar de recreo o deportivo ..... 06 Establecimiento comercial o de servicios ..... 07 Otro ..... 77 No responde ..... 99	____/____/____
2.4 En los últimos 12 meses ¿Sufrió algún daño a su salud por robo, agresión o violencia?	Sí ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9	____/____/____
<p align="center"> <b>SI CONTESTÓ SÍ EN 2.1 Y SÍ EN 2.4, CONTINÚE.</b>  <b>SI CONTESTÓ NO EN 2.1 Y NO O NO RESPONDE EN 2.4, PASE A 3.1.</b>  <b>SI CONTESTÓ SÍ EN 2.1 Y NO O NO RESPONDE EN 2.4, PASE A 2.9.</b>  <b>SI CONTESTÓ NO EN 2.1 Y SÍ EN 2.4, CONTINÚE.</b> </p>		
2.5 ¿Cuál fue el motivo de la agresión que sufrió?	Robo, asalto ..... 01 Incidente de tránsito ..... 02 Agresión sin motivo aparente ..... 03 Secuestro ..... 04 Detención ..... 05 Discusión/altercado ..... 06 Agresión sexual ..... 07 Otro ..... 77 No responde ..... 99	____/____/____
2.6 ¿Cómo o con qué lo agredieron?	Agresión con sustancias ..... 01 Intento de ahorcamiento o estrangulación ..... 02 Intento de sofocación o sumersión ..... 03 Ataque con arma de fuego y explosivos ..... 04 Ataque con humo, fuego y llamas ..... 05 Ataque con vapor de agua y objeto caliente ..... 06 Ataque con arma punzocortante ... 07 Ataque con objeto romo (golpe con objeto sin filo) ..... 08 Empujón desde lugar elevado ..... 09 Empujón delante de objeto en movimiento ..... 10 Colisión con vehículo de motor ..... 11 Lucha o pelea sin armas ..... 12 Ataque sexual ..... 13 Agresión psicológica ..... 14 Otro ..... 77 No responde ..... 99	____/____/____



2.7 ¿En que lugar se encontraba cuando sufrió la agresión?	Hogar	01	/ / /
	Escuela	02	
	Trabajo	03	
	Vía pública	04	
	Campo	05	
	Lugar de recreo o deportivo	06	
	Establecimiento comercial o servicios	07	
	Otro	77	
	No responde	99	

**EN CASO DE ACCIDENTE Y VIOLENCIA, HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA AL ENTREVISTADO Y REFIÉRASE DE LA 2.9 A 2.20 A ESE EVENTO. SI SÓLO TUVO UNO DE ELLOS, CONTINÚE EN 2.9.**

2.8 Entre el accidente y la violencia que sufrió ¿Cuál le causó más problemas de salud?	Accidente	1	/ /
	Violencia	2	
2.9 ¿Qué tipo de daño tuvo?	Moretón	01	/ / /
<b>ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</b>	Raspón superficial	02	
	Golpe	03	
	Hueso roto	04	
	Hueso o articulación zafado (a)	05	
	Torcedura de articulación	06	
	Cortadura o perforación de la piel o tejido subyacente	07	
	Raspón o rapadura profunda	08	
	Amputación	09	
	Quemadura desde enrojecimiento hasta carbonización	10	
	Intoxicación por sustancia (medicamento, ponzoñas o sustancias químicas)	11	
	Daño psicológico	12	
	Otro	77	
	No sabe	88	
	No responde	99	

**Pase a 2.11**



<p>2.10 ¿Qué parte(s) del cuerpo se lastimó?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES, MÁS DE ÉSTAS ANOTE EL CÓDIGO "16"</b> </div>	Cabeza/cara ..... 01 Cuello ..... 02 Tórax ..... 03 Abdomen ..... 04 Pelvis ..... 05 Glúteos ..... 06 Genitales ..... 07 Columna vertebral ..... 08 Hombro ..... 09 Brazo(s) ..... 10 Antebrazo (s) ..... 11 Mano (s) ..... 12 Muslo (s) ..... 13 Pierna (s) ..... 14 Pie (s) ..... 15 Todo el cuerpo ..... 16 Otro ..... 77 No sabe ..... 88 No responde ..... 99	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>1 2 3</div> <div>4 5 6</div> <div>7 8 9</div> <div>0 1 2</div> </div>
<p>2.11 ¿Cuándo le ocurrió el accidente o violencia?</p>	Últimas 2 semanas ..... 1 De 3 semanas a 2 meses ..... 2 De 3 a 6 meses ..... 3 De 7 a 12 meses ..... 4 No responde ..... 9	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>1 2</div> </div>
<p>2.12 ¿Cuántos días dejó de estudiar, trabajar o hacer sus actividades de la vida diaria por este problema?</p>	Ningún día ..... 000 No responde ..... 999	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</div> <div>Anote días</div> </div>
<p>2.13 ¿Actualmente tiene problemas de salud ocasionados por este accidente o violencia?</p>	SÍ ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>1 2</div> <div><b>PASE A 2.15</b></div> </div>
<p>2.14 ¿Qué tipo de problema de salud le ocasionó este accidente o violencia?</p>	Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda) ... 1 Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos ..... 2 Sordera o dificultad para oír ..... 3 Pérdida de la función vocal (mudo) 4 Dificultad para ver o ceguera ..... 5 Retraso o deficiencia mental ..... 6 Tiene otra limitación física o mental ..... 7 <div style="text-align: center;">Especifique</div> No sabe ..... 8 No responde ..... 9	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>1 2</div> </div>



3



### SECCIÓN 3. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

3.1 ¿Tienen (o tenían) sus padres algún parentesco entre sí?		Sí..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9			/ /				
De los siguientes familiares a, su _____ algún médico le ha dicho que tiene o tuvo _____									
Familiar				Enfermedad					
FAMILIAR (ES)	3.2 ...diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?			3.3 ...la presión alta?			3.4 ...problemas del corazón?		
	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe
a) Padre.....	1	2	/ / 8	1	2	/ / 8	1	2	/ / 8
b) Madre.....	1	2	/ / 8	1	2	/ / 8	1	2	/ / 8
c) Hermano (a) gemelo (a)..... ¿cuántos?	/ / /	22	88	/ / /	22	88	/ / /	22	88
d) Hermanos (as)..... ¿cuántos?	/ / /	22	88	/ / /	22	88	/ / /	22	88
e) Abuelos (as)..... ¿cuántos?	/ / /	22	88	/ / /	22	88	/ / /	22	88
f) Tíos (as)..... ¿cuántos?	/ / /	22	88	/ / /	22	88	/ / /	22	88
g) Hijos (as)..... ¿cuántos?	/ / /	22	88	/ / /	22	88	/ / /	22	88



## SECCION 4. SALUD REPRODUCTIVA

**AHORA LE VOY HACER PREGUNTAS SOBRE MÉTODOS PARA NO TENER HIJOS (EMBARAZOS, MENSTRUACIÓN) Y ALGUNAS SOBRE CIERTAS ENFERMEDADES QUE PUDO HABER PRESENTADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

4.1 ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?	No ha tenido relaciones sexuales . 00 No responde ..... 99 No sabe o no recuerda ..... 88	/ / / anote años <b>MUJERES 4.18</b> <b>HOMBRES 5.1</b>
<b>SÓLO PARA MUJERES (HOMBRES, PASE A 4.13)</b>		
4.2 ¿Ha estado usted embarazada alguna vez?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">NO CONSIDERE EMBARAZO ACTUAL, CUANDO ESTE SEA EL PRIMERO</div>	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	/ / / <b>PASE A 4.11</b>
4.3 ¿De estos embarazos cuántos han:  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">ANOTE EMBARAZOS SEGÚN PRODUCTO</div>	<b>nacido vivos, aunque hayan muerto poco tiempo después?.....</b> <b>nacido muertos?.....</b>	número / / / / / /
4.4 ¿Cuántas pérdidas o abortos ha tenido?	No responde ..... 99	/ / / número
<b>SÓLO PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS 4.3; SI NO, PASE A 4.11</b>		
4.5 ¿En qué mes y año nació su último(a) hijo(a) nacido vivo?	No recuerda ..... 88 8888	/ / / mes / / / / / año
<b>SÓLO PARA MUJERES CUYO ÚLTIMO HIJO NACIÓ VIVO DE 1994 A LA FECHA; SI NO, PASE A 4.11.</b>		
4.6 Cuando estuvo embarazada de su último hijo ¿Quién y cuántas veces la revisó por el embarazo?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">ANOTE HASTA DOS OPCIONES</div>	Médico ..... 1 Enfermera ..... 2 Promotora, auxiliar o asistente de salud ..... 3 Partera ..... 4 Otro personal ..... 7 Nadie ..... 0 No responde ..... 9	<b>Persona veces</b> / / / / / / / / / / <b>PASE A 4.8</b>



4.7 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?	No recuerda ..... 88	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> meses
4.8 ¿Quién la atendió de su último parto?	Médico ..... 1 Enfermera ..... 2 Promotora, auxiliar o asistente de salud ..... 3 Partera ..... 4 Pariente o familiar ..... 5 Otro personal ..... 7 Nadie ..... 0 No responde ..... 9	<u>  </u> / <u>  </u>         <b>PASE A 4.11</b>
4.9 ¿En dónde la atendieron de su último parto?	Seguro Social (clínica u hospital) ..... 01 ISSSTE (clínica u hospital) ..... 02 SSA (centro de salud u hospital) ..... 03 IMSS Sol. (clínica u hospital) ..... 04 Otra institución de salud del gobierno .. 05 Consultorio, clínica u hospital privado .. 06 Casa de la partera ..... 07 Casa de la entrevistada ..... 08 Otro lugar ..... 77	 <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>         
4.10 Su último parto fue...	<b>normal?</b> ..... 1 <b>cesárea?</b> ..... 2	 <u>  </u> / <u>  </u> 
<b>SI LA MUJER QUE ESTA ENTREVISTANDO ES MAYOR DE 49 AÑOS, PASE A 4.18</b>		
4.11 ¿Está usted embarazada actualmente?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	 <u>  </u> / <u>  </u> 
<b>SI CONTESTÓ SÍ EN 4.2 O EN 4.11, PASE A 4.13</b>		
4.12 ¿Cuál es la razón por la que no se ha embarazado?	No desea embarazarse ..... 1 Le han diagnosticado esterilidad ..... 2 Le han diagnosticado esterilidad a su esposo ..... 3 Otra ..... 4 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	 <u>  </u> / <u>  </u>  <b>PASE A 4.18</b>  



**PARA HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD;  
SI NO ES ASÍ, HOMBRES PASE A 4.22 Y MUJERES A 4.18**

<p>4.13 Actualmente ¿usted o su pareja están haciendo algo para no tener hijos?</p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2 No tiene pareja ..... 3 No responde ..... 9</p>	<p align="right">/ / / PASE A 4.15 HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18</p>
<p>4.14 ¿Están usted o su pareja operados para ya no tener hijos?</p>	<p>Sí ¿Quién? ..... Ella (o él) ..... 1 Su pareja ..... 2 No ..... 3 No responde ..... 4</p>	<p align="right">/ / / PASE A 4.16 PASE A 4.17 HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18</p>
<p>4.15 ¿Qué están actualmente haciendo usted o su pareja para no tener hijos?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p align="center"><b>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</b></p> </div>	<p>Operación femenina o ligadura ..... 01 Operación masculina o vasectomía ..... 02 Pastillas o píldoras ..... 03 Inyecciones ..... 04 Norplant ..... 05 Dispositivo, DIU ..... 06 Preservativo o condón ..... 07 Óvulos, jaleas o espumas ..... 08 Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings ..... 09 Retiro o coito interrumpido ..... 10 Otro ..... 77 No responde ..... 99</p>	<p align="right">/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18</p>

**REVISE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR Y REALICE LA PREGUNTA 4.16 SÓLO PARA EL MÉTODO QUE TENGA EL CÓDIGO MENOR**

<p>4.16 ¿Dónde consiguió (le pusieron o la operaron) _____ método</p>	<p>Seguro Social (clínica u hospital) .... 01 ISSSTE (clínica u hospital) ..... 02 SSA (centro de salud u hospital) .... 03 IMSS Sol. (clínica u hospital) ..... 04 DIF ..... 05 Otra institución de salud del gobierno ..... 06 MEXFAM ..... 07 FEMAP ..... 08 Consultorio, clínica u hospital privado ..... 09 Farmacia ..... 10 Tienda de autoservicio ..... 11 Otro lugar ..... 77 No sabe ..... 88</p>	<p align="right">/ / / HOMBRE A 4.22 MUJER A 4.18</p>
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------







[illegible]



## SECCIÓN 5. DIABETES MELLITUS

5.1 ¿Actualmente tiene alguna de estas molestias...	<div> <div>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</div> </div>	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>
5.2 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre?	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>
5.3 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre?	<div> <div>Menos de un mes</div> <div>No sabe</div> </div>	<div> <div>00</div> <div>88</div> </div>	<div> <div>meses</div> <div>años</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>
5.4 ¿Cómo diagnosticó el médico que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre?	<div> <div>Un examen de sangre</div> <div>Un examen de orina</div> <div>Por los síntomas que presentaba (molestias)</div> <div>Otras</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>7</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>7</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>7</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>7</div> </div>
5.5 ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar su azúcar en la sangre?	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>
5.6 ¿En dónde se atiende para controlar su diabetes?	<div> <div>IMSS Solidaridad</div> <div>IMSS</div> <div>SSA</div> <div>DIF</div> <div>DDF</div> <div>INI</div> <div>ISSSTE estatal</div> <div>ISSSTE</div> <div>Marina/Defensa</div> <div>PEMEX</div> <div>Particular</div> <div>Cruz Roja</div> <div>SEP</div> <div>ONG</div> <div>Otro</div> <div>No sabe</div> <div>No responde</div> </div>	<div> <div>01</div> <div>02</div> <div>03</div> <div>04</div> <div>05</div> <div>06</div> <div>07</div> <div>08</div> <div>09</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> <div>13</div> <div>14</div> <div>77</div> <div>88</div> <div>99</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>2</div> </div>



5.7 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar?	Ninguno Pastillas Insulina	0 1 2	<b>PASE A 5.10</b>  / /
5.8 ¿Me puede mostrar el medicamento que está tomando?	Lo mostró No lo mostró	1 2	/ /
5.9 ¿Cuánto tiempo tiene con este tratamiento?	Menos de un mes No sabe	00 88	<b>meses</b> / / <b>años</b> / /
5.10 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar?  <b>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</b>	Ninguno Plan de alimentación Realiza algún ejercicio físico Homeopatía (chochos) Herbolaria Hemoterapia Otros	0 1 2 3 4 5 7	/ / / / / / / / / / / / / /
5.11 ¿Qué exámenes <u>se hace</u> o le ordena su médico para vigilar su azúcar?  <b>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</b>	Ninguno Tiras reactivas en orina Tiras reactivas en sangre Examen general de orina Determinación de glucosa en sangre venosa Control de fructosamina Determinación de hemoglobina glucosilada Otro	0 1 2 3 4 5 6 7	<b>PASE A 6.1</b> / / / / / / / / / / / / / /
5.12 ¿Con qué frecuencia se realiza los exámenes para conocer el valor de su azúcar?	Días..... Meses..... Años..... No sabe	   88	/ / / / / / / / / / / / / / / /



## SECCIÓN 6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

6.1 ¿Actualmente tiene alguna de estas molestias...		Sí	No	
dolor de cabeza?		1	2	___/___/___
mareos?		1	2	___/___/___
zumbido en los oídos?		1	2	___/___/___
ha visto destellos de luz sin ninguna molestia?		1	2	___/___/___
sangrado de la nariz sin ningún motivo?		1	2	___/___/___
6.2 ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?	Sí No	1 2	_____	___/___/___ <b>PASE A 7.1</b>
6.3 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	Sí No	1 2	_____	___/___/___ <b>PASE A 7.1</b>
6.4 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?	Menos de un mes No sabe	00 88		meses /___/___/___ años /___/___/___
6.5 ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar su presión alta?	Sí No	1 2	_____	___/___/___ <b>PASE A 6.10</b>
6.6 ¿En dónde se atiende para controlar su presión alta?	IMSS Solidaridad IMSS SSA DIF DDF INI ISSSTE estatal ISSSTE Marina/Defensa PEMEX Particular Cruz Roja SEP ONG Otro No sabe No responde	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 77 88 99		___/___/___



6.7 ¿Actualmente toma algún medicamento para controlar su presión alta?	Sí ..... 1 No ..... 2	/ / <b>PASE A 6.10</b>
6.8 ¿Me puede mostrar el medicamento que esta tomando?	Lo mostró ..... 1 No lo mostró ..... 2	/ /
6.9 ¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?	Menos de un mes ..... 00 No sabe ..... 88	meses / / años / /
6.10 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su presión alta?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <b>PUEDEN ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</b> </div>	Ninguno ..... 0 Plan de alimentación ..... 1 Realiza algún ejercicio físico ..... 2 Homeopatía (chochos) ..... 3 Herbolaria ..... 4 Disminución en el consumo de sal ..... 5 Otros ..... 7	/ / <b>PASE A 7.1</b> / / / / / / / / / / / /
6.11 ¿Cada cuándo se toma la presión arterial?	Días ..... Meses ..... Años ..... No se la toman ..... 00 No sabe ..... 88	/ / / / / / / / <b>PASE A 7.1</b> / /
6.12 ¿Qué persona le toma la presión arterial fuera del consultorio?	Médico ..... 1 Enfermera ..... 2 Usted mismo ..... 3 Auxiliar no personal de salud ..... 4 Siempre se la toman en el consultorio ..... 5	/ / / /



## SECCIÓN 7. ENFERMEDAD RENAL Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

<p>7.1 En las últimas dos semanas ¿ha presentado alguna de las siguientes molestias...</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>se le han hinchado los pies, manos o cara?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>ha expulsado piedras en la orina?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>orina muy a menudo (poliuria)?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>su orina es muy escasa (oliguria)?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>tiene retención de orina?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>ardor o dolor al orinar?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>pujo al orinar?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>dolor en el riñón?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> </table>		Sí No		se le han hinchado los pies, manos o cara?	1 2	/ /	ha expulsado piedras en la orina?	1 2	/ /	orina muy a menudo (poliuria)?	1 2	/ /	su orina es muy escasa (oliguria)?	1 2	/ /	tiene retención de orina?	1 2	/ /	ardor o dolor al orinar?	1 2	/ /	pujo al orinar?	1 2	/ /	dolor en el riñón?	1 2	/ /	
	Sí No																												
se le han hinchado los pies, manos o cara?	1 2	/ /																											
ha expulsado piedras en la orina?	1 2	/ /																											
orina muy a menudo (poliuria)?	1 2	/ /																											
su orina es muy escasa (oliguria)?	1 2	/ /																											
tiene retención de orina?	1 2	/ /																											
ardor o dolor al orinar?	1 2	/ /																											
pujo al orinar?	1 2	/ /																											
dolor en el riñón?	1 2	/ /																											
<p>7.2 ¿Algún médico le ha dicho que padece alguna de las siguientes enfermedades...</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>infección de vías urinarias?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>cálculos renales?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>insuficiencia renal?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>alguna enfermedad de la próstata (sólo hombres)?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ / PASE A 7.4</td> </tr> </table>		Sí No		infección de vías urinarias?	1 2	/ /	cálculos renales?	1 2	/ /	insuficiencia renal?	1 2	/ /	alguna enfermedad de la próstata (sólo hombres)?	1 2	/ / PASE A 7.4													
	Sí No																												
infección de vías urinarias?	1 2	/ /																											
cálculos renales?	1 2	/ /																											
insuficiencia renal?	1 2	/ /																											
alguna enfermedad de la próstata (sólo hombres)?	1 2	/ / PASE A 7.4																											
<p><b>SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR CORRESPONDE EL CÓDIGO 1, CONTINÚE; SI NO ES ASÍ, PASE A 7.4</b></p>																													
<p>7.3 ¿Actualmente que tratamiento tiene para su enfermedad renal?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> <p>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> </div>	<table border="0"> <tr> <td>Ninguno</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Dieta sin sal</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Diálisis</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Homeopático</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Acupuntura</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Naturista</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> </table>	Ninguno	0	/ /	Dieta sin sal	1	/ /	Medicamentos	2	/ /	Diálisis	3	/ /	Homeopático	4	/ /	Acupuntura	5	/ /	Naturista	6	/ /	Otro	7	/ /				
Ninguno	0	/ /																											
Dieta sin sal	1	/ /																											
Medicamentos	2	/ /																											
Diálisis	3	/ /																											
Homeopático	4	/ /																											
Acupuntura	5	/ /																											
Naturista	6	/ /																											
Otro	7	/ /																											
<p>7.4 ¿En las últimas dos semanas ha tenido inflamación o dolor en alguna de las siguientes articulaciones o coyunturas...</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>del dedo gordo del pie?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>del pie o talón?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>de las rodillas?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>de los codos?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>de los hombros?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>de las manos o muñecas?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>de la cadera?</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> </table>		Sí No		del dedo gordo del pie?	1 2	/ /	del pie o talón?	1 2	/ /	de las rodillas?	1 2	/ /	de los codos?	1 2	/ /	de los hombros?	1 2	/ /	de las manos o muñecas?	1 2	/ /	de la cadera?	1 2	/ /				
	Sí No																												
del dedo gordo del pie?	1 2	/ /																											
del pie o talón?	1 2	/ /																											
de las rodillas?	1 2	/ /																											
de los codos?	1 2	/ /																											
de los hombros?	1 2	/ /																											
de las manos o muñecas?	1 2	/ /																											
de la cadera?	1 2	/ /																											



7.5 ¿Algún médico le ha dicho que padece (o padeció) alguna de las siguientes enfermedades reumáticas...	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>gota (ácido úrico alto)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>artritis por gota?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>artritis reumatoide?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>otras artritis?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>otra enfermedad causante de inflamación o dolor?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí	No		gota (ácido úrico alto)?	1	2	<input type="checkbox"/>	artritis por gota?	1	2	<input type="checkbox"/>	artritis reumatoide?	1	2	<input type="checkbox"/>	otras artritis?	1	2	<input type="checkbox"/>	otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	<input type="checkbox"/>	
	Sí	No																								
gota (ácido úrico alto)?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
artritis por gota?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
artritis reumatoide?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
otras artritis?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
<p align="center"><b>SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR CORRESPONDE EL CÓDIGO 1, CONTINÚE; SI NO, PASE A 7.7</b></p>																										
7.6 ¿Ha tomado algún medicamento para controlar su...  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">VEA RESPUESTAS DE PREGUNTA ANTERIOR</div>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>gota (ácido úrico alto)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>artritis por gota?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>artritis reumatoide?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>otras artritis?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>otra enfermedad causante de inflamación o dolor?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí	No		gota (ácido úrico alto)?	1	2	<input type="checkbox"/>	artritis por gota?	1	2	<input type="checkbox"/>	artritis reumatoide?	1	2	<input type="checkbox"/>	otras artritis?	1	2	<input type="checkbox"/>	otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	<input type="checkbox"/>	
	Sí	No																								
gota (ácido úrico alto)?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
artritis por gota?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
artritis reumatoide?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
otras artritis?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
otra enfermedad causante de inflamación o dolor?	1	2	<input type="checkbox"/>																							
7.7 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	Sí	1		No	2		<input type="checkbox"/>																		
Sí	1																									
No	2																									
7.8 ¿En general considera que su estado de salud en el último año ha sido.....	<table border="0"> <tr> <td>bueno?</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>regular?</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>malo?</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>	bueno?	1		regular?	2		malo?	3		No sabe	8		No responde	9		<input type="checkbox"/>									
bueno?	1																									
regular?	2																									
malo?	3																									
No sabe	8																									
No responde	9																									



## SECCIÓN 8. PROGRAMAS PREVENTIVOS

<p>8.1 ¿Durante los últimos 12 meses acudió al módulo de medicina preventiva para...</p> <p>Sí..... 1 No..... 2 <b>pase a la siguiente prueba de detección</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, INICIE EN EL INCISO C</b> </div>	<p>8.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?</p> <p>IMSS Solidaridad ..... 01 IMSS ..... 02 SSA ..... 03 DIF ..... 04 DDF ..... 05 INI ..... 06 ISSSTE estatal ..... 07 ISSSTE ..... 08 Marina/Defensa ..... 09 PEMEX ..... 10 Particular ..... 11 Cruz Roja ..... 12 SEP ..... 13 ONG ..... 14 Otro ..... 77 No sabe ..... 88 No responde ..... 99</p>	<p>8.3 ¿Presentaba alguna molestia por la cual le realizaron la prueba de detección?</p> <p>Sí..... 1 No..... 2</p>	<p>8.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?</p> <p>Sí..... 1 No..... 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN</b> </div>
<p>___/___/___ a) Prueba de Papanicolaou</p>	<p>___/___/___</p>	<p>___/___</p>	<p>___/___</p>
<p>___/___/___ b) Detección de cáncer de mama (exploración clínica)</p>	<p>___/___/___</p>	<p>___/___</p>	<p>___/___</p>
<p>___/___/___ c) Detección de tuberculosis (análisis de flema o esputo)</p>	<p>___/___/___</p>	<p>___/___</p>	<p>___/___</p>
<p>___/___/___ d) Detección de diabetes (prueba del azúcar)</p>	<p>___/___/___</p>	<p>___/___</p>	<p>___/___</p>
<p>___/___/___ e) Detección de hipertensión (toma de presión arterial)</p>	<p>___/___/___</p>	<p>___/___</p>	<p>___/___</p>



# SECCIÓN 10. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES BIOLÓGICAS

	<p>8.5 ¿Qué diagnóstico le dieron?</p> <p>Positivo ..... 1</p> <p>Negativo ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p><b>PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN</b></p>	<p>8.6 ¿Recibió tratamiento?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p><b>PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN</b></p>	<p>8.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?</p> <p>No hay donde atenderse ..... 01</p> <p>Es caro ..... 02</p> <p>No tenía dinero 03</p> <p>La unidad médica le queda lejos ..... 04</p> <p>Falta de confianza ..... 05</p> <p>Tratan mal ..... 06</p> <p>No tuvo tiempo 07</p> <p>Fue pero no lo atendieron ..... 08</p> <p>Otro ..... 77</p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ... 99</p>
a) Prueba de Papanicolaou	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
b) Detección de cáncer de mama (exploración clínica)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
c) Detección de tuberculosis (análisis de flema o esputo)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
d) Detección de diabetes (prueba del azúcar)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
e) Detección de hipertensión (toma de presión arterial)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>



## SECCIÓN 8. PROGRAMAS PREVENTIVOS

### SECCIÓN 9. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES CLÍNICAS

9.1 ¿Se realizó la medición de peso?	Sí..... 1 / / / / / / / / / / Kg No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
9.2 ¿Se realizó la medición de talla de pie?	Sí..... 1 / / / / / / / / cm No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
9.3 ¿Se realizó la medición de cintura?	Sí..... 1 / / / / / / / / cm No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
9.4 ¿Se realizó la primera toma de tensión arterial?	Sí..... 1 / / / / / / / / / / TAS TAD No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /
<p align="center"><b>ESPERE CUANDO MENOS 5 MINUTOS ANTES DE REALIZAR LA SEGUNDA TOMA DE TENSION ARTERIAL</b></p>		
9.5 ¿Se realizó la segunda toma de tensión arterial?	Sí..... 1 / / / / / / / / / / TAS TAD No..... 2 ¿Por qué? _____ Anote causa	/ / /



## SECCIÓN 10. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES BIOLÓGICAS

10.1 ¿Ha comido o tomado algún alimento entre las últimas 8 a 12 horas?	Sí..... 1 No..... 2	/ /
10.2 ¿Se tomó muestra de sangre capilar para glucemia?	Sí..... 1 No..... 2	/ / <b>PASE A 10.4</b>
10.3 Resultado de la glucemia	_____ mg/dl	LL /
10.4 ¿Se tomó muestra de sangre venosa en tubo con SST?	No..... 2 Anote causa _____ Sí..... 1  Fecha           día   mes   año	/ /
10.5 ¿Tomó muestra de sangre venosa en tubo con EDTA?	No..... 2 Anote causa _____ Sí..... 1  Fecha           día   mes   año	/ /
<b>En este espacio coloque la etiqueta de control</b>		
10.6 ¿Se tomó muestra de orina?	Sí..... 1 No..... 2 Anote causa _____	Si / 2 / tomeina
10.7 Resultado del examen general de orina con tira reactiva.	Peso específico ..... / / PH ..... / / Leucocitos ..... / / Nitritos ..... / / Proteínas ..... / / Glucosa ..... / / Cetonas ..... / / Urobilinógeno ..... / / Bilirrubina ..... / / Sangre ..... / / Hemoglobina ..... / /	Si /

**EN CASO DE OBTENER EXAMEN NEGATIVO O TRAZAS EN PROTEÍNAS (PRO), REALIZAR EXAMEN CON MICRAL-TEST.**

10.8 Resultado del examen con Micral-test	0 mg/l..... 1 20 mg/l..... 2 50 mg/l..... 3 100 mg/l..... 4	/ /
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-----



## RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo con el Artículo 13, párrafo primero, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor: "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar".

## OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 42, párrafo primero, de la Ley de Información Estadística y Geografía, en vigor: "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les solicitan las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas".

## CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor: "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice".

En referencia directa el Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica, en vigor, enuncia: "Los datos e informes que los participantes proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él".

## OBSERVACIONES

## RECUADRO DE CONTROL

<b>SUPERVISOR</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>	<b>CAPTURA</b>
Nombre:		
Clave:    /    /    /    /	/    /    /    /	/    /    /    /
Fecha: /    /    /    /    /    /    /    /	/    /    /    /    /    /    /    /	/    /    /    /    /    /    /    /