

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 / / / / / / / / / /

DIA MES AÑO

SEXO	EDAD	ESTADO CONYUGAL
HOMBRE..... 1	/ / / / / / / /	(TRANSCRIBA CLAVE) / / /
MUJER..... 2	AÑOS MESES	

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 2.2.

Accidentes de transporte terrestre: atropellamiento, choque, o caída por automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo	01
Otros accidentes de transporte: accidentes de transporte acuático, Aéreo, teleférico	02
Caída: a nivel del piso, desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación,	03
Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas: golpe, aplastamiento o contacto traumático con objetos, maquinaria o equipos de elevación, herramientas, vidrios u otros objetos cortantes, disparos, y explosiones accidentales	04
Exposición a fuerzas mecánicas animadas: contacto con otras personas, animales o plantas no venenosos	05
Ahogamiento y sumersión accidentales: en bañeras, piscinas, aguas naturales	06
Otros accidentes que obstruyen la respiración: sofocación o estrangulamiento accidental, sofocación por hundimiento, inhalación de contenido gástrico, alimentos u objetos, encierro en lugar herméticamente cerrado, sofocación por bolsa plástica	07
Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire	
ambientales extremas: choque eléctrico, exposición a rayos X, rayos UV, láser, calor o frío excesivo artificial, presión atmosférica alta o baja	08
Exposición al fuego, humo y llamas: en incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas	09
Contacto con calor y sustancias calientes: bebidas, alimentos, agua, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes	10
Contacto traumático con animales y plantas venenosos: serpientes, arañas, avispas, abejas, ciempiés, medusas	11
Exposición a fuerzas de la naturaleza: calor frío natural, radiación solar, rayos, terremoto, avalancha, ciclón, inundación	12
Envenenamiento accidental: medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos	13
Exposición accidental a otros factores: 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	/ / PASE A 1.7
1.2 ¿A qué edad empezó a fumar cigarrillos de tabaco?	No sabe..... 88 No responde..... 99	/ / / / años cumplidos
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	/ / / / Núm. de cigarrillos
1.6 ¿Durante cuánto tiempo ha fumado (fumó) regularmente?	Menos de un mes 0 0 No sabe..... 8 8	meses / / / / años / / / /
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	/ / / / añote años PASE A 1.13
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	Núm. de copas / / / /
1.11 ¿Durante cuánto tiempo ha bebido (o bebió) usted esa cantidad regularmente?	Menos de un mes 0 0 No sabe..... 8 8	meses / / / / años / / / /

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

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>PASE A 2.4</p>
<p>2.2 ¿Cómo fue que se accidentó?</p> <div data-bbox="272 720 613 871" 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	1 1 1
	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	1 1 1
	No	2	
	No responde	9	

SI CONTESTÓ SÍ EN 2.1 Y SÍ EN 2.4, CONTINÚE.
SI CONTESTÓ NO EN 2.1 Y NO O NO RESPONDE EN 2.4, PASE A 3.1.
SI CONTESTÓ SÍ EN 2.1 Y NO O NO RESPONDE EN 2.4, PASE A 2.9.
SI CONTESTÓ NO EN 2.1 Y SÍ EN 2.4, CONTINÚE.

2.5 ¿Cuál fue el motivo de la agresión que sufrió?	Robo, asalto	01	1 1 1
	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	1 1 1
	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? ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE	Moretón	01	_ _ _
	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

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	<input type="text"/> anote años MUJERES 4.18 HOMBRES 5.1
	No responde 99	
	No sabe o no recuerda 88	

SÓLO PARA MUJERES (HOMBRES, PASE A 4.13)

4.2 ¿Ha estado usted embarazada alguna vez? NO CONSIDERE EMBARAZO ACTUAL, CUANDO ESTE SEA EL PRIMERO	Sí 1	<input type="text"/> PASE A 4.11
	No 2	
	No sabe 8	
	No responde 9	

4.3 ¿De estos embarazos cuántos han: ANOTE EMBARAZOS SEGÚN PRODUCTO	nacido vivos, aunque hayan muerto poco tiempo después?.....	número <input type="text"/>
	nacido muertos?.....	<input type="text"/>

4.4 ¿Cuántas pérdidas o abortos ha tenido?	No responde 99	<input type="text"/> número
--	----------------------	---------------------------------------

SÓLO PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS 4.3; SI NO, PASE A 4.11

4.5 ¿En qué mes y año nació su último(a) hijo(a) nacido vivo?	No recuerda 88 8888	<input type="text"/> mes <input type="text"/> año
---	---------------------------	--

SÓLO PARA MUJERES CUYO ÚLTIMO HIJO NACIÓ VIVO DE 1994 A LA FECHA; SI NO, PASE A 4.11.

4.6 Cuando estuvo embarazada de su último hijo ¿Quién y cuántas veces la revisó por el embarazo? ANOTE HASTA DOS OPCIONES	Médico 1	Persona veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 4.8
	Enfermera 2	
	Promotora, auxiliar o asistente de salud 3	
	Partera 4	
	Otro personal 7	
	Nadie 0	
	No responde 9	

<p>4.17 ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no están haciendo algo para no tener hijos?</p>	<p>Está embarazada 01 Quiere embarazarse 02 No lo necesita. Es soltera, separada, viuda o divorciada 03 Por esterilidad de ella o su pareja .. 04 Por ausencia temporal de su pareja 05 Porque dejó de tener relaciones sexuales 06 Teme a los efectos colaterales 07 Tuvo efectos colaterales 08 Se opone su pareja 09 Tiene alguna enfermedad y prefiere no usar nada 10 Está dando el pecho y no considera necesario usar método 11 Y cree que puede haber problemas de salud 12 Por razones religiosas 13 No ésta de acuerdo en usar métodos 14 No conoce métodos 15 No sabe cómo se usan los métodos 16 Otra razón 77 No sabe 88 No responde 99</p>	<p>____/____/____</p> <p>HOMBRES A 4.22</p>
<p>4.18 ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?</p>	<p>No ha comenzado 00 No sabe 88 No responde 99</p>	<p>PASE A 4.22</p> <p>____/____/____ anote edad</p>
<p>4.19 ¿Cuándo fue su última regla o menstruación?</p> <p>FILTRO</p>	<p>Menos de un mes 96 Actualmente está reglando 97 No sabe 88</p> <p>ÚLTIMA MENSTRUACIÓN HACE MENOS DE 3 MESES, PASE A PREGUNTA 4.22</p>	<p>____/____/____ mes ____/____/____/____ año</p>

SECCIÓN 5. DIABETES MELLITUS

5.1 ¿Actualmente tiene alguna de estas molestias... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mucha sed?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>orina mucho?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>mucha hambre?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>pérdida de peso?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>visión borrosa?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	mucha sed?	1	2	orina mucho?	1	2	mucha hambre?	1	2	pérdida de peso?	1	2	visión borrosa?	1	2	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_/_/</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">_/_/</td> </tr> </tbody> </table>		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/																									
	Sí	No																																																					
mucha sed?	1	2																																																					
orina mucho?	1	2																																																					
mucha hambre?	1	2																																																					
pérdida de peso?	1	2																																																					
visión borrosa?	1	2																																																					
	//																																																						
	//																																																						
	//																																																						
	//																																																						
	//																																																						
5.2 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Sí</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">PASE A 6.1</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	1		No	2	PASE A 6.1	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_/_/</td> </tr> </tbody> </table>		_/_/																																													
Sí	1																																																						
No	2	PASE A 6.1																																																					
	//																																																						
5.3 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Menos de un mes</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">00</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Menos de un mes	00		No sabe	88		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">meses /_/_/_/</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">años /_/_/_/</td> </tr> </tbody> </table>		meses /_/_/_/		años /_/_/_/																																											
Menos de un mes	00																																																						
No sabe	88																																																						
	meses /_/_/_/																																																						
	años /_/_/_/																																																						
5.4 ¿Cómo diagnosticó el médico que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Un examen de sangre</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Un examen de orina</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Por los síntomas que presentaba (molestias)</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Un examen de sangre	1		Un examen de orina	2		Por los síntomas que presentaba (molestias)	3		Otras	7		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_/_/</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">_/_/</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">_/_/</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">_/_/</td> </tr> </tbody> </table>		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/																																	
Un examen de sangre	1																																																						
Un examen de orina	2																																																						
Por los síntomas que presentaba (molestias)	3																																																						
Otras	7																																																						
	//																																																						
	//																																																						
	//																																																						
	//																																																						
5.5 ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar su azúcar en la sangre?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Sí</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">PASE A 5.10</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	1		No	2	PASE A 5.10	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_/_/</td> </tr> </tbody> </table>		_/_/																																													
Sí	1																																																						
No	2	PASE A 5.10																																																					
	//																																																						
5.6 ¿En dónde se atiende para controlar su diabetes?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">IMSS Solidaridad</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">01</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>IMSS</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SSA</td> <td style="text-align: center;">03</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIF</td> <td style="text-align: center;">04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DDF</td> <td style="text-align: center;">05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INI</td> <td style="text-align: center;">06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ISSSTE estatal</td> <td style="text-align: center;">07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ISSSTE</td> <td style="text-align: center;">08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marina/Defensa</td> <td style="text-align: center;">09</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PEMEX</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Particular</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cruz Roja</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEP</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ONG</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td style="text-align: center;">77</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_/_/_/</td> </tr> </tbody> </table>		_/_/_/
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																																																						
	//_/																																																						

5.7 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar?	Ninguno Pastillas Insulina	0 1 2	PASE A 5.10 / /
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	meses / / / / años / / / /
5.10 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar? PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Ninguno Plan de alimentación Realiza algún ejercicio físico Homeopatía (chochos) Herbolaria Hemoterapia Otros	0 1 2 3 4 5 7	/ / / / / / / / / / / / / /
5.11 ¿Qué exámenes <i>se hace</i> o le ordena su médico para vigilar su azúcar? PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	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	/ / PASE A 6.1 / / / / / / / / / / / / / /
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	1		___/___/___
	No	2	PASE A 7.1	
6.3 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	Sí	1		___/___/___
	No	2	PASE A 7.1	
6.4 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?	Menos de un mes	00		meses/___/___/___
	No sabe	88		años/___/___/___
6.5 ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar su presión alta?	Sí	1		___/___/___
	No	2	PASE A 6.10	
6.6 ¿En dónde se atiende para controlar su presión alta?	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			

6.7 ¿Actualmente toma algún medicamento para controlar su presión alta?	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> PASE A 6.10
6.8 ¿Me puede mostrar el medicamento que esta tomando?	Lo mostró 1 No lo mostró 2	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
6.9 ¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?	Menos de un mes 00 No sabe 88	meses / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> años / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
6.10 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su presión alta? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> PUEDA ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </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	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> PASE A 7.1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
6.11 ¿Cada cuándo se toma la presión arterial?	Días..... Meses..... Años..... No se la toman 00 No sabe 88	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> PASE A 7.1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> PUEDA ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Si No 1 2 3 4 5 6 7	7.4 ¿En las últimas dos semanas ha tenido inflamación o dolor en alguna de las siguientes articulaciones o coyunturas... de la cadera? de las manos o muñecas? de los hombros? de los codos? de las rodillas? del pie o talón? del dedo gordo del pie?

SECCIÓN 7. ENFERMEDAD RENAL Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

7.1 En las últimas dos semanas ¿ha presentado alguna de las siguientes molestias...		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	/ /
7.2 ¿Algún médico le ha dicho que padece alguna de las siguientes enfermedades...		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

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR CORRESPONDE EL CÓDIGO 1, CONTINÚE; SI NO ES ASÍ, PASE A 7.4

7.3 ¿Actualmente que tratamiento tiene para su enfermedad renal? PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Ninguno	0	/ /
	Dieta sin sal	1	/ /
	Medicamentos	2	/ /
	Diálisis	3	/ /
	Homeopático	4	/ /
	Acupuntura	5	/ /
	Naturista	6	/ /
	Otro	7	/ /
7.4 ¿En las últimas dos semanas ha tenido inflamación o dolor en alguna de las siguientes articulaciones o coyunturas...		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...		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"/>

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR CORRESPONDE EL CÓDIGO 1, CONTINÚE; SI NO, PASE A 7.7

7.6 ¿Ha tomado algún medicamento para controlar su... VEA RESPUESTAS DE PREGUNTA ANTERIOR		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?	Sí No	1 2	<input type="checkbox"/>
---	----------	--------	--------------------------

7.8 ¿En general considera que su estado de salud en el último año ha sido.....	bueno? regular? malo? No sabe No responde	1 2 3 8 9	<input type="checkbox"/>
--	--	--	--------------------------

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 pase a la siguiente prueba de detección</p> <p>SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, INICIE EN EL INCISO C</p>	<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> <p>PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN</p>
<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

	8.5 ¿Qué diagnóstico le dieron? Positivo 1 Negativo 2 No sabe 8 No responde 9	8.6 ¿Recibió tratamiento? Sí..... 1 No..... 2	8.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento? No hay donde atenderse 01 Es caro 02 No tenía dinero 03 La unidad médica le queda lejos 04 Falta de confianza 05 Tratan mal 06 No tuvo tiempo 07 Fue pero no lo atendieron 08 Otro 77 No sabe 88 No responde ... 99
a) Prueba de Papanicolaou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Detección de cáncer de mama (exploración clínica)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Detección de tuberculosis (análisis de flema o esputo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Detección de diabetes (prueba del azúcar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Detección de hipertensión (toma de presión arterial)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN

PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN O SECCIÓN

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	_/_/ PASE A 10.4
10.3 Resultado de la glucemia	_____ mg/dl	<i>LL/1</i>
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	_/_/
En este espacio coloque la etiqueta de control		
10.6 ¿Se tomó muestra de orina?	SÍ..... 1 No..... 2 Anote causa _____	<i>Si 1/2</i> <i>tomada</i>
10.7 Resultado del examen general de orina con tira reactiva.	Peso específico _____ PH _____ Leucocitos _____ Nitritos _____ Proteínas _____ Glucosa _____ Cetonas _____ Urobilinógeno _____ Bilirrubina _____ Sangre _____ Hemoglobina _____	<i>Si</i>

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	_/_/
---	--	------

Si en

