

<b>CONFIDENCIAL</b> La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos	<b>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL</b> <b>ENCUESTA NACIONAL DE SALUD</b> <b>2007</b> <b>ENCUESTA A HOGARES</b> <b>MÓDULO 2 –PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS</b>	<b>Número de identificación muestral:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	--	---

I. IDENTIFICACIÓN	
<b>101</b>	Vivienda No.:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>102</b>	Hogar:  _ _ _ _ _  de  _ _ _ _ _
<b>104</b>	Nombre y número de orden de la persona a encuestar:  _ _ _ _ _
<b>105</b>	Edad de la persona en años cumplidos:  _ _ _ _ _
<b>106</b>	Sexo: Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>
<b>107</b>	← ENTREVISTADOR@: Revise 105. ¿La persona a encuestar tiene menos de 12 años? Si 1 <input type="checkbox"/> →109 No 2 <input type="checkbox"/>
<b>108</b>	¿Tiene _____ alguna dificultad para comunicarse? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> →II
<b>109</b>	Nombre y número de orden de la persona que responde:  _ _ _ _ _

II. DATOS DE CONTROL				
<b>201. Resultado de las visitas al hogar</b>				
Visita	Fecha			Resultado
	Día	Mes	Año	
1	_ _ -	_ -	_ _ _ _	_ _ : _ _ : _ _ _ _
2	_ _ -	_ -	_ _ _ _	_ _ : _ _ : _ _ _ _
3	_ _ -	_ -	_ _ _ _	_ _ : _ _ : _ _ _ _
<b>CÓDIGOS DE RESULTADO</b>				
1. Completa		4. Ausente momentáneo		8. Otro: _____
2. Incompleta		5. Ausente no recuperable		
3. Rechazo				
<b>204. Entrevistador@:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				<b>206. Resultado final:</b>  _ _
<b>205. Supervisor@:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

VI. EDUCACIÓN		
<b>601</b>	¿_____ sabe leer y escribir?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>602</b>	¿_____ actualmente asiste a algún establecimiento de educación formal (...guardería u hogar comunitario)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> →609 No 2 <input type="checkbox"/>
<b>603</b>	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene 35 años o más?	Sí 1 <input type="checkbox"/> →606 No 2 <input type="checkbox"/>

604	¿Cuál es la principal razón para que _____ no estudie? <i>(espere la respuesta)</i>	Considera que no está en edad escolar o ya terminó 1 <input type="checkbox"/> Costos educativos elevados o falta de dinero 2 <input type="checkbox"/> Falta de tiempo 3 <input type="checkbox"/> Responsabilidades familiares 4 <input type="checkbox"/> Por problemas de seguridad 5 <input type="checkbox"/> Falta de cupos 6 <input type="checkbox"/> No existe centro educativo cercano 7 <input type="checkbox"/> Necesita trabajar 8 <input type="checkbox"/> No le gusta o no le interesa el estudio 9 <input type="checkbox"/> Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual 10 <input type="checkbox"/> Por enfermedad 11 <input type="checkbox"/> Necesita educación especial 12 <input type="checkbox"/> La escuela o colegio que había no está funcionando 13 <input type="checkbox"/> No aprobó examen de ingreso 14 <input type="checkbox"/> Perdió el año o lo expulsaron 15 <input type="checkbox"/> No le gusta el establecimiento donde podría estudiar 16 <input type="checkbox"/> Sus padres no quieren que estudie 17 <input type="checkbox"/> Se necesita que ayude en casa 18 <input type="checkbox"/>
606	¿Cuál es el nivel educativo <b>más alto</b> alcanzado por _____?	Ninguno 1 <input type="checkbox"/> → VII Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Básica primaria 3 <input type="checkbox"/> Básica secundaria y media 4 <input type="checkbox"/> Técnico o tecnológico 5 <input type="checkbox"/> Universitaria sin título 6 <input type="checkbox"/> Universitaria con título 7 <input type="checkbox"/> Postgrado sin título 8 <input type="checkbox"/> Postgrado con título 9 <input type="checkbox"/>
607	¿Cuántos años aprobó _____ en ese nivel?	_ _ _  → VII
609	El establecimiento donde asiste _____ es: <i>(Leer opciones)</i>	Escuela, colegio, universidad, o institución de educación superior 1 <input type="checkbox"/> Centro de educación para adultos 2 <input type="checkbox"/> Hogar comunitario de Bienestar Familiar 3 <input type="checkbox"/> → 614 Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar (ICBF) 4 <input type="checkbox"/> Jardín, casa vecinal, jardín del Bienestar Social del Distrito, DABS. (Válido sólo en Bogotá) 5 <input type="checkbox"/> Otra guardería, preescolar o jardín oficial 6 <input type="checkbox"/> Guardería, preescolar o jardín privado 7 <input type="checkbox"/>
610	¿En qué nivel educativo está matriculado _____? <i>(leer opciones)</i>	Preescolar 1 <input type="checkbox"/> Básica primaria (1 a 5) 2 <input type="checkbox"/> Básica secundaria y media (6 a 13) 3 <input type="checkbox"/> Técnico o tecnológico 4 <input type="checkbox"/> → 612 Universitario 5 <input type="checkbox"/> → 612 Postgrado 6 <input type="checkbox"/> → 612
611	¿Qué grado cursa _____ actualmente?	_ _ _  → 613

612	En total, ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de postgrado, etc.) ha aprobado _____?		_ _ _
613	¿Alguna vez _____ ha perdido un año escolar?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos años ha perdido?  _ _
		No	2 <input type="checkbox"/>
614	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene menos de 18 años?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 702
615	¿Dónde o con quién permanece _____ la mayor parte del tiempo, en las horas en que no está asistiendo al establecimiento educativo?	Con su padre o madre en la casa	1 <input type="checkbox"/>
		Con su padre o madre en el trabajo	2 <input type="checkbox"/>
		Con empleada o niñera en la casa	3 <input type="checkbox"/>
		Al cuidado de un pariente de 18 años o más	4 <input type="checkbox"/>
		Al cuidado de un pariente menor de 18 años	5 <input type="checkbox"/>
		En casa solo	6 <input type="checkbox"/>
		En casa, únicamente con menores que él	7 <input type="checkbox"/>
		En un sitio para el cuidado de menores (jornada adicional o alterna, talleres, etc.)	8 <input type="checkbox"/>
		Al cuidado de vecinos y amigos	9 <input type="checkbox"/>
		En otro sitio y/o con otra persona	10 <input type="checkbox"/>

VII. FUERZA DE TRABAJO Y AUTORECONOCIMIENTO			
701	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene 12 años o más?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → X
702	¿En qué actividad ocupó usted la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA de lunes a domingo?	Trabajando	1 <input type="checkbox"/> → 715
		Buscando trabajo	2 <input type="checkbox"/>
		Estudiando	3 <input type="checkbox"/>
		Oficios del hogar	4 <input type="checkbox"/>
		Otra actividad por ej. rentista o pensionado	5 <input type="checkbox"/>
		Incapacitado permanentemente para trabajar	6 <input type="checkbox"/> → 750
703	Además de lo anterior, ¿realizó la SEMANA PASADA alguna actividad paga POR UNA HORA O MÁS?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 715
		No	2 <input type="checkbox"/>
704	Aunque no trabajó la semana pasada POR UNA HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibió ingresos?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 715
		No	2 <input type="checkbox"/>
705	¿Usted trabajó la SEMANA PASADA de lunes a domingo en un negocio familiar POR UNA HORA O MÁS, sin que le pagaran?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 715
		No	2 <input type="checkbox"/>
706	En las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS es decir desde ____ hasta _____, ¿hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 750
		No	2 <input type="checkbox"/> → 750

**DATOS SOBRE EL EMPLEO O TRABAJO PRINCIPAL**

<p><b>715</b></p>	<p>En este trabajo usted es: <i>(lea opciones)</i></p>	<p>Obrero o empleado de empresa o persona particular <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 3 → <b>717</b></p> <p>Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 4 → <b>717</b></p> <p>Profesional independiente <input type="checkbox"/> 5 → <b>729</b></p> <p>Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 6 → <b>729</b></p> <p>Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 7 → <b>729</b></p> <p>Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería <input type="checkbox"/> 8 → <b>729</b></p> <p>Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 9 → <b>729</b></p> <p>Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.) <input type="checkbox"/> 10 → <b>729</b></p>
<p><b>717</b></p>	<p>¿Cuántas personas incluida usted, tiene la empresa y/o negocio o persona que le paga o le contrata?</p>	<p>Trabaja sólo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>De 2 a 5 personas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>De 6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>De 11 a 49 personas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>De 50 a 249 personas <input type="checkbox"/> 5</p> <p>250 personas o más <input type="checkbox"/> 6</p>
<p><b>718</b></p>	<p>¿La empresa o persona con que trabaja lo tiene afiliado a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP)?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9</p>
<p><b>729</b></p>	<p>Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?</p>	<p>Local u oficina de la empresa del patrón o contratante <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Local propio o arrendado <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En la vivienda que habita <input type="checkbox"/> 3 → <b>731</b></p> <p>En vivienda distinta a la suya <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En la calle, ambulante <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En la calle, estacionario <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Kiosco o caseta <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Puerta a puerta <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Vehículo (taxi, moto, bus, cicla, barco, canoa) <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Mina o cantera <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Obra en construcción <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Finca, terreno propio o en arriendo, o en aparcería <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Finca o terreno ajeno <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Mar, río o similar <input type="checkbox"/> 14</p>

<b>730</b>	El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:	Bus, buseta, colectivo intermunicipal	1	<input type="checkbox"/>
		Bus, buseta, colectivo urbano	2	<input type="checkbox"/>
		A pie	3	<input type="checkbox"/>
		Metro o transporte sobre rieles	4	<input type="checkbox"/>
		Vehículo articulado (transmilenio, Mio)	5	<input type="checkbox"/>
		Taxi	6	<input type="checkbox"/>
		Transporte de la empresa	7	<input type="checkbox"/>
		Automóvil de uso particular	8	<input type="checkbox"/>
		Transporte acuático	9	<input type="checkbox"/>
		Transporte animal (caballo, yegua, burro)	10	<input type="checkbox"/>
		Moto	11	<input type="checkbox"/>
		Bicicleta	12	<input type="checkbox"/>
<b>731</b>	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente usted?		_ _ _	
<b>732</b>	Además de las horas que trabaja actualmente, ¿quiere trabajar más horas?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
<b>733</b>	Si la SEMANA PASADA de lunes a domingo, le hubiera resultado un trabajo adicional, o la posibilidad de trabajar más horas, ¿estaba disponible para hacerlo?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
<b>750</b>	¿De cuál de los siguientes grupos étnicos se considera usted? (lea opciones)	Indígena	1	<input type="checkbox"/>
		Gitano	2	<input type="checkbox"/>
		Raizal del archipiélago	3	<input type="checkbox"/>
		Palenquero	4	<input type="checkbox"/>
		Negro, mulato (afro descendiente)	5	<input type="checkbox"/>
		Ninguno de los anteriores	6	<input type="checkbox"/>

IX. EMPODERAMIENTO DE LA MUJER			
902	← ENTREVISTADOR@: Revise 106 y transcriba la respuesta allí registrada.	Hombre	1 <input type="checkbox"/> → 911
		Mujer	2 <input type="checkbox"/>
903	¿_____ está actualmente casada o en unión libre?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 905
904	Generalmente, ¿usted le pide permiso o avisa a su esposo o compañero para...?	a. ¿...salir sola?	
		Pide permiso	1 <input type="checkbox"/>
		Avisa	2 <input type="checkbox"/>
		Ni avisa ni pide permiso	3 <input type="checkbox"/>
		b. ¿...salir con los hijos?	
		Pide permiso	1 <input type="checkbox"/>
		Avisa	2 <input type="checkbox"/>
		Ni avisa ni pide permiso	3 <input type="checkbox"/>
		No tiene hijos	4 <input type="checkbox"/>
		c. ¿...hacer gastos cotidianos?	
		Pide permiso	1 <input type="checkbox"/>
		Avisa	2 <input type="checkbox"/>
		Ni avisa ni pide permiso	3 <input type="checkbox"/>
		No hace gastos	4 <input type="checkbox"/>
		d. ¿...visitar amistades?	
		Pide permiso	1 <input type="checkbox"/>
		Avisa	2 <input type="checkbox"/>
		Ni avisa ni pide permiso	3 <input type="checkbox"/>
No visita amigos	4 <input type="checkbox"/>		
e. ¿...visitar familiares?			
Pide permiso	1 <input type="checkbox"/>		
Avisa	2 <input type="checkbox"/>		
Ni avisa ni pide permiso	3 <input type="checkbox"/>		
No visita familiares	4 <input type="checkbox"/>		
f. ¿...participar en actividades comunitarias o sociales?			
Pide permiso	1 <input type="checkbox"/>		
Avisa	2 <input type="checkbox"/>		
Ni avisa ni pide permiso	3 <input type="checkbox"/>		
No participa	4 <input type="checkbox"/>		
905	¿_____ tiene hijos menores de 18 años que vivan con usted o dependan de usted?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → X
906	Si una hija o hijo se enferma, ¿quién decide cuando hay que llevarlo al médico? (espere respuesta)	Sólo el padre u otro hombre del hogar u otra mujer del hogar	1 <input type="checkbox"/>
		Sólo la madre es quién decide	2 <input type="checkbox"/>
		La madre comparte la decisión con otra persona	3 <input type="checkbox"/>
907	Si una hija o hijo no quiere ir a la escuela / jardín / hogar comunitario/colegio, ¿quién decide si tiene que ir o no? (espere respuesta)	Sólo el padre u otro hombre del hogar u otra mujer del hogar	1 <input type="checkbox"/>
		Sólo la madre es quién decide	2 <input type="checkbox"/>
		La madre comparte la decisión con otra persona	3 <input type="checkbox"/>
		Ningún hijo asiste	4 <input type="checkbox"/>

908	Cuando se necesita hacer un gasto de ropa y zapatos para los hijos, ¿quién decide si se hace o no? ( <i>espere respuesta</i> )	Sólo el padre u otro hombre del hogar u otra			
		mujer del hogar	1 <input type="checkbox"/>		
		Sólo la madre es quién decide	2 <input type="checkbox"/>		
		La madre comparte la decisión con otra persona	3 <input type="checkbox"/>		
909	¿Quién decide cuánto se gasta en la comida? ( <i>espere respuesta</i> )	Sólo el padre u otro hombre del hogar u otra			
		mujer del hogar	1 <input type="checkbox"/>		
		Sólo la madre es quién decide	2 <input type="checkbox"/>		
		La madre comparte la decisión con otra persona	3 <input type="checkbox"/>		
910	Cuando se necesita hacer un gasto extra para arreglar la casa o comprar algo como muebles o electrodomésticos, ¿quién decide si se hace o no?	Sólo el padre u otro hombre del hogar u otra			
		mujer del hogar	1 <input type="checkbox"/>		
		Sólo la madre es quién decide	2 <input type="checkbox"/>		
		La madre comparte la decisión con otra persona	3 <input type="checkbox"/>		
911	¿_____ tiene hijos menores de 6 años que vivan con usted?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/> → X		
912	En el primer año de vida de su último hijo nacido vivo...: ( <i>Lea las opciones</i> )	a. ¿usted se levantaba en la noche para tranquilizarlo?	Todas o la mayoría de las veces 1 <input type="checkbox"/> Algunas veces 2 <input type="checkbox"/> Nunca 3 <input type="checkbox"/>		
		b. ¿usted le daba alimentos en el día?	Todas o la mayoría de las veces 1 <input type="checkbox"/> Algunas veces 2 <input type="checkbox"/> Nunca 3 <input type="checkbox"/>		
		c. ¿usted lo bañaba?	Todas o la mayoría de las veces 1 <input type="checkbox"/> Algunas veces 2 <input type="checkbox"/> Nunca 3 <input type="checkbox"/>		
		d. ¿usted le cambiaba el pañal?	Todas o la mayoría de las veces 1 <input type="checkbox"/> Algunas veces 2 <input type="checkbox"/> Nunca 3 <input type="checkbox"/>		
		e. ¿usted lo entretenía durante el día?	Todas o la mayoría de las veces 1 <input type="checkbox"/> Algunas veces 2 <input type="checkbox"/> Nunca 3 <input type="checkbox"/>		
				El padre	1 <input type="checkbox"/>
				La madre	2 <input type="checkbox"/>
				Ambos	3 <input type="checkbox"/>
				Otras personas	4 <input type="checkbox"/>
				Nadie	5 <input type="checkbox"/>
913	Entre semana, ¿quién cuida a los hijos? ( <i>Lea las opciones</i> )	Todo el día	1 <input type="checkbox"/>		
		Parte del día	2 <input type="checkbox"/>		
		Nada	3 <input type="checkbox"/>		
914	En días de descanso, ¿Qué tanto tiempo pasa con ellos? ( <i>Lea las opciones</i> )	El padre	1 <input type="checkbox"/>		
		La madre	2 <input type="checkbox"/>		
		Ambos	3 <input type="checkbox"/>		
		Otras personas	4 <input type="checkbox"/>		
		Nadie	5 <input type="checkbox"/>		
		Ningún hijo estudia	6 <input type="checkbox"/>		
915	¿Quién revisa las tareas de sus hijos? ( <i>Lea las opciones</i> )	El padre	1 <input type="checkbox"/>		
		La madre	2 <input type="checkbox"/>		
		Ambos	3 <input type="checkbox"/>		
		Otras personas	4 <input type="checkbox"/>		
		Nadie	5 <input type="checkbox"/>		
		Ningún hijo estudia	6 <input type="checkbox"/>		
916	¿Quién lleva al médico a sus hijos? ( <i>Lea las opciones</i> )	El padre	1 <input type="checkbox"/>		
		La madre	2 <input type="checkbox"/>		
		Ambos	3 <input type="checkbox"/>		
		Otras personas	4 <input type="checkbox"/>		

## X. MORBILIDAD SENTIDA, DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Ahora vamos a hablar de su salud en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, es decir desde \_\_\_\_\_ hasta hoy:

<b>1001</b>	En general, ¿cómo ha sido la salud de ____? <i>(Lea las opciones)</i>	Muy buena 1 <input type="checkbox"/> Buena 2 <input type="checkbox"/> Regular 3 <input type="checkbox"/> Mala 4 <input type="checkbox"/> Muy mala 5 <input type="checkbox"/>
<b>1005</b>	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿tuvo ____ alguna <b>lesión</b> , causada por accidente o violencia?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>1007</b>	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿tuvo ____ alguna , <b>intoxicación o envenenamiento</b> causado por accidente, intento de suicidio o por terceros?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>1009</b>	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, contados hasta hoy ¿ha tenido ____ algún problema <b>mental, emocional o de los nervios</b> ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>1011</b>	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿ha tenido ____ <b>algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente</b> a los mencionados?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>1014</b>	◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise de la 1005 a la 1011 ¿La respuesta en todos los casos fue NO?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → <b>1019</b> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>1015</b>	¿Durante cuántos de los ÚLTIMOS 30 DÍAS ha sido ____ <b>totalmente incapaz</b> de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud?	__ __  30 Días 1 <input type="checkbox"/> → <b>1017</b>
<b>1016</b>	¿Durante cuántos de los ULTIMOS 30 DÍAS <b>redujo sus actividades diarias o su trabajo</b> , debido a cualquier problema de salud, sin contar los ____ días en que estuvo totalmente incapaz@?	__ __
▶ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Verifique la suma del valor registrado en <b>1015 y 1016</b> ; este valor no puede superar 30 días.		
<b>1017</b>	Por alguno de los problemas de salud que ha sentido ____ en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿han consultado o buscado ayuda?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → <b>1020</b> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>1018</b>	¿Cuál es la principal razón para no consultar o buscar solución?	Le hacen esperar mucho para atenderlo 1 <input type="checkbox"/> Descuido 2 <input type="checkbox"/> El problema se resolvió solo o se ha sentido bien 3 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo atendieron 4 <input type="checkbox"/> La consulta es muy cara o no tenía dinero 5 <input type="checkbox"/> Le dio miedo, nervios o pena 6 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven o no tenía tiempo 7 <input type="checkbox"/> Mala atención 8 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 9 <input type="checkbox"/> No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar 10 <input type="checkbox"/> No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 11 <input type="checkbox"/> No le cubrían o no le autorizaron la atención 12 <input type="checkbox"/> No le gusta ir 13 <input type="checkbox"/> No sabía que tenía derecho 14 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 15 <input type="checkbox"/> No tenía dónde acudir 16 <input type="checkbox"/> Pensó que no era necesario consultar 17 <input type="checkbox"/> Sitio de atención es muy lejano 18 <input type="checkbox"/>



1019	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS contados hasta hoy, ¿consultó a alguna persona o institución por asuntos relacionados con la salud de _____ (aunque se haya sentido bien últimamente)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1021
1020	¿Cuántas veces consultaron o buscaron ayuda en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		_ _ _  → 1023
1021	¿Cuándo fue la última vez que buscó ayuda de alguna persona o institución por asuntos relacionados con la salud de _____?	Día  _N_ _ _S_  Mes  _N_ _ _S_  Año  _ _ _ _ _ _ _ _	No recuerda 1 <input type="checkbox"/>
1022	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1021 ¿Hace 12 meses o menos?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1032
1023	La última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con la salud de _____, ¿a quién consultó? (espere respuesta)	Médico	1 <input type="checkbox"/>
		Enfermera u otro personal de salud	2 <input type="checkbox"/>
		Dentista, Odontólogo o higienista oral	3 <input type="checkbox"/>
		Farmacéuta o personal de droguería	4 <input type="checkbox"/>
		Acupunturista, bioenergético, naturista o similar	5 <input type="checkbox"/>
		Curandero, tegua, brujo o empírico	6 <input type="checkbox"/>
		Amigo, familiar vecino o conocido	7 <input type="checkbox"/>
1024	La última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con la salud de _____ ¿quién pagó o va a pagar la mayor parte de los gastos por la atención recibida? (leer opciones)	La EPS/ARS u otra entidad de seguridad social	1 <input type="checkbox"/>
		Plan de medicina prepagada, o seguro privado	2 <input type="checkbox"/>
		SOAT	3 <input type="checkbox"/>
		Secretaría de salud o alcaldía (vinculados)	4 <input type="checkbox"/>
		Usted o alguien de su hogar con recursos propios	5 <input type="checkbox"/>
		Otra persona con recursos propios	6 <input type="checkbox"/>
		Patrón o empleador	7 <input type="checkbox"/>
		No se requirió pago	8 <input type="checkbox"/>
		Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG)	9 <input type="checkbox"/>
1025	La última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con la salud de _____, ¿Dónde consultó? (leer opciones de respuesta)	Hospital, o clínica del gobierno	1 <input type="checkbox"/>
		Centro o puesto de salud del gobierno	2 <input type="checkbox"/>
		Hospital o clínica privada	3 <input type="checkbox"/>
		Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)	4 <input type="checkbox"/>
		Consultorio médico particular	5 <input type="checkbox"/> → 1026.c
		En el hogar	6 <input type="checkbox"/> → 1032
		En el trabajo, estudio u otro espacio	7 <input type="checkbox"/> → 1032
		En una droguería	8 <input type="checkbox"/> → 1032
		Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar	9 <input type="checkbox"/> → 1032
		Sitio de curandero, tegua o similar	9 <input type="checkbox"/> → 1032
1026	¿Exactamente en qué lugar consultó por la salud de _____?	a. ¿Cual es el Nombre? _____	
		c. ¿Queda localizado en...? (leer opciones)	
		Misma manzana	1 <input type="checkbox"/>
		Mismo barrio	2 <input type="checkbox"/>
		Mismo municipio	3 <input type="checkbox"/>
		Otro municipio.	4 <input type="checkbox"/>
		¿Cuál? _____  _ _ _ _ _ _ _ _	
		Otro país.	5 <input type="checkbox"/>
1027	¿Cuánto tiempo gastó hasta el sitio donde atendieron a _____?	_ _ _ : _ _ _	
		Horas : Minutos	NS <input type="checkbox"/>



<b>1030</b>	<p>En la última consulta relacionada con la salud de _____, ¿usted u otra persona pagó o va a pagar directamente.....? (continuación)</p>	<p>h. Por otros procedimientos de tratamiento, como terapia, inyecciones o sesiones educativas:  SÍ <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? →  \$ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _N_ _ S_ _ .</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>NS <input type="checkbox"/></p> <p>i. ¿Pagó o va a pagar por transporte de ida y vuelta para _____ y sus acompañantes?  SÍ <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? →  \$ _N_ _ S_ _ .</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>j. Por alimentación para _____ y sus acompañantes:  SÍ <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? →  \$ _N_ _ S_ _ .</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>k. Por alojamiento para _____ y sus acompañantes:  SÍ <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? →  \$ _N_ _ S_ _ .</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>l. ¿Pagó o va a pagar por otra cosa como fotocopias?  SÍ <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _N_ _ S_ _ .</p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<b>1031</b>	<p>Por la última consulta relacionada con la salud de _____, ¿a usted o a otra persona, le descontaron del salario el tiempo no trabajado o dejó de recibir ingresos?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? →  \$ _N_ _ S_ _ .</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>NS <input type="checkbox"/></p>
<b>1032</b>	<p>En el ÚLTIMO AÑO contado hasta hoy ¿estuvo _____ hospitalizado (a) una o más noches?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> → <b>1043</b></p>
<b>1033</b>	<p>¿Cuántas veces en EL ÚLTIMO AÑO?</p>	<p> _ _ _ </p>
<b>1034</b>	<p>¿Cuál fue la causa de la última hospitalización de _____? (espere respuesta)</p>	<p>Enfermedad física No obstetricia <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Enfermedad física o malestar obstétrico <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Problema mental, emocional, de los nervios o de comportamiento <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Lesión por accidente o violencia <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Estética <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Atención parto, puerperio o del recién nacido <input type="checkbox"/> 6</p>
<b>1035</b>	<p>¿Durante esta hospitalización le hicieron a _____ alguna cirugía u operación?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<b>1036</b>	<p>¿Cuántas noches pasó _____ en el hospital?</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<b>1037</b>	<p>¿Dónde tuvo lugar la última hospitalización de _____?</p>	<p>Hospital, clínica o centro de salud del gobierno <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Hospital o clínica privada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Hospital o clínica de una EPS/ARS <input type="checkbox"/> 3</p>

1038	¿Exactamente en qué institución estuvo _____ hospitalizado?	a. ¿Cual es el Nombre? _____ c. ¿Queda localizado en...? (leer opciones) Misma manzana 1 <input type="checkbox"/> Mismo barrio 2 <input type="checkbox"/> Mismo municipio 3 <input type="checkbox"/> Otro municipio. 4 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____                 Otro país. 5 <input type="checkbox"/>
1039	En la última hospitalización, ¿cuánto tiempo gastó hasta la institución de salud?	_ _ _ : _ _ _  Horas : Minutos <b>NS</b> 8 <input type="checkbox"/>
1040	En la última hospitalización, ¿en qué se transportó _____ hasta la institución de salud?	Ambulancia 1 <input type="checkbox"/> Motorizado particular 2 <input type="checkbox"/> Motorizado público 3 <input type="checkbox"/> No motorizado 4 <input type="checkbox"/> A pie 5 <input type="checkbox"/> No sabe 6 <input type="checkbox"/>



## CONDICIONES CRÓNICAS

Las siguientes preguntas son acerca de los problemas de salud que usted ha tenido alguna vez en su vida:

1043	¿Alguna vez _____ ha tenido <b>dolor o molestia de espalda o cuello</b> que le durara más de quince días?	Sí No No Recuerda	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1044	¿Alguna vez _____ ha tenido <b>cualquier otro dolor</b> que durara más de 15 días?	Sí No No Recuerda	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1045	¿Alguna vez _____ ha tenido <b>alergias</b> diagnosticadas por un médico?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1046	¿Alguna vez _____ ha tenido <b>trombosis o derrames en el cerebro</b> ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1047	¿Alguna vez _____ ha tenido un <b>ataque al corazón?</b> (infarto)	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1048	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía alguna <b>enfermedad del corazón</b> ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1051
1049	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron la enfermedad del corazón?	__ __  Años cumplidos	
1050	En el <b>ÚLTIMO AÑO</b> contado hasta hoy, ¿recibió _____ algún tratamiento por la enfermedad del corazón?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1051	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>presión arterial</b> elevada, es decir que era hipertenso?	Sí No Sí, pero sólo en el embarazo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1054 3 <input type="checkbox"/> → 1054
1052	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron presión arterial elevada?	__ __  Años cumplidos	
1053	En el <b>ÚLTIMO AÑO</b> , ¿recibió _____ algún tratamiento por presión arterial elevada?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1054	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>asma</b> ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1057
1055	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron asma?	__ __  Años cumplidos	

1056	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy, ¿recibió _____ algún tratamiento por asma?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1057	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>tuberculosis</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1060
1058	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron tuberculosis?	__ __  Años cumplidos	
1059	En el ÚLTIMO AÑO, ¿recibió _____ algún tratamiento por tuberculosis?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1060	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía cualquier otra <b>enfermedad pulmonar de larga duración, como enfisema</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1063
1061	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron esa otra enfermedad pulmonar de larga duración?	__ __  Años cumplidos	
1062	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿recibió _____ algún tratamiento por esa otra enfermedad pulmonar de larga duración?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1063	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>diabetes o azúcar elevada</b> en la sangre?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		Sí, pero sólo en el embarazo	2 <input type="checkbox"/>
		No	3 <input type="checkbox"/> → 1066
1064	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron diabetes o azúcar elevada en la sangre?	__ __  Años cumplidos	
1065	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿recibió _____ algún tratamiento por la diabetes o azúcar elevada en la sangre?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1066	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía una <b>úlcera en su estómago o intestino</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1069
1067	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron úlcera en su estómago o intestino?	__ __  Años cumplidos	
1068	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿recibió _____ algún tratamiento por la úlcera en su estómago o intestino?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1069	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>colon irritable</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1072
1070	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron colon irritable?	__ __  Años cumplidos	
1071	En el ÚLTIMO AÑO ¿recibió _____ algún tratamiento por colon irritable?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1072	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tiene una <b>infección por VIH o SIDA</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1075
		No Responde	3 <input type="checkbox"/> → 1075

1073	¿Qué edad en años cumplidos tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron infección por VIH o SIDA?	__ __  Años cumplidos	
1074	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿recibió _____ algún tratamiento por infección por VIH o SIDA?	Sí No No Responde	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1075	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>epilepsia o ataques</b> ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1078
1076	¿Qué edad en años cumplidos tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron epilepsia o ataques?	__ __  Años cumplidos	
1077	En el ÚLTIMO AÑO ¿recibió _____ algún tratamiento por epilepsia o ataques?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1078	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>cáncer</b> ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1083
1079	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron cáncer?	__ __  Años cumplidos	
1080	En el último año, ¿recibió algún tratamiento por cáncer?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1081	¿Actualmente está _____ en tratamiento por el cáncer, en controles (remisión) o ha sido curado?	Tratamiento En controles (remisión) Curado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1082	¿Qué tipo de cáncer tiene (tenía)?	De seno (de mama) De cuello uterino De útero De ovario De estómago De pulmón De colon De próstata De piel Linfoma o leucemia Otro. ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>
1083	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía alguna <b>otra enfermedad de larga duración o que no se cura</b> ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál otra enfermedad? _____ 2 <input type="checkbox"/> → XI
1084	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron esa enfermedad?	__ __  Años cumplidos	



1085	En el ÚLTIMO AÑO, ¿recibió _____ algún tratamiento por esa enfermedad?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

### XI. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD SENTIDA

1101	◀ ENTREVISTADOR@: Revise 105. ¿Tiene menos de 12 años?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → XIII
		No	2 <input type="checkbox"/>

Esta parte de la entrevista se refiere a las dificultades que la gente a veces tiene debido a su salud, sea esta buena, regular o mala. Tenga en cuenta todas las enfermedades, lesiones, problemas físicos o emocionales que \_\_\_\_\_ ha tenido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, es decir desde \_\_\_\_\_ hasta hoy.

◀ ENTREVISTADOR@: Entregue la tarjeta 1 y explique qué es una dificultad, así como el modo de calificarla . usando para ello la tarjeta

	En los ULTIMOS 30 DIAS, contados hasta hoy y sin ayuda, ¿Cuánta dificultad ha tenido usted para.....	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
1102	...mantenerse concentrado haciendo algo por diez minutos o más?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1104	...aprender algo nuevo, como por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	En los ULTIMOS 30 DIAS, contados hasta hoy y sin ayuda, ¿Cuánta dificultad ha tenido usted para.....	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo	NA
1107	...estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
1111	...caminar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

	En los ULTIMOS 30 DIAS, contados hasta hoy y sin ayuda, ¿Cuánta dificultad ha tenido para.....	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo	NA
1112	...bañarse? (lavarse todo el cuerpo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
1113	...vestirse?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
1115	...relacionarse con personas que no conoce?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
1116	...mantener una amistad?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

	En los ULTIMOS 30 DIAS, contados hasta hoy y sin ayuda, ¿Cuánta dificultad ha tenido usted para.....	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo	No realiza actividades
1120	...realizar bien las actividades de la casa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
1125	...para realizar su trabajo, estudio o actividad diaria?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

1127	...para <b>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</b> , en actividades de la comunidad? (fiestas, reuniones o actividades religiosas)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
------	--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

1134	<b>ENTREVISTADOR@:</b> Verifique las preguntas de la 1102 a la 1127, ¿en alguna pregunta la respuesta es diferente a 1 o a 6?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		No	2 <input type="checkbox"/> → 1137
------	--	----	----------------------------	--	----	-----------------------------------

		No han interferido	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente
1134.a	En general, ¿Qué tanto estas dificultades han interferido en su vida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1134.b	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Qué tanto lo ha <b>afectado emocionalmente</b> su situación de salud?	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1134.c	En general, en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántos días estuvieron presentes estas dificultades?	Número de días:			_ _ _	
1134.d	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántos días fue usted <b>totalmente incapaz</b> de realizar sus actividades habituales o de trabajo debido a las dificultades reportadas?	Número de días:			_ _ _	
		30 Días			1 <input type="checkbox"/> → 1137	
1134.e	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, <i>sin contar los ___ días en que estuvo usted totalmente incapacitado</i> , ¿cuántos días tuvo que <b>reducir o limitar</b> sus actividades habituales o de trabajo debido a determinada condición de salud?	Número de días:			_ _ _	

**ENTREVISTADOR@:** Verifique la suma del valor registrado en 1134.d y 1134.e; este valor no puede superar 30 días.

1137	¿Necesita algún tipo de aparato o equipo para realizar con más independencia sus actividades diarias?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		No	2 <input type="checkbox"/> → 1139
1138	¿Tiene los aparatos o equipos que necesita para realizar con más independencia sus actividades?				Sí	1 <input type="checkbox"/>
					No	2 <input type="checkbox"/>
1139	¿Alguna vez le han dicho que debe usar audífono o algún aparato auditivo, para escuchar mejor?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		No	2 <input type="checkbox"/> → 1141
1140	¿Ha usado alguna vez un aparato auditivo/audífono porque escuchaba mal?				Sí	1 <input type="checkbox"/>
					No	2 <input type="checkbox"/>
1141	¿Qué frase describe mejor su capacidad auditiva (sin un aparato auditivo): buena, con un poco de dificultad, con mucha dificultad o está sord@?		Buena			1 <input type="checkbox"/>
			Con un poco de dificultad			2 <input type="checkbox"/>
			Con mucha dificultad			3 <input type="checkbox"/>
			Está sord@			4 <input type="checkbox"/>
1142	¿Usa lentes, espejuelos, anteojos o lentes de contacto, para ver mejor?				Sí	1 <input type="checkbox"/>
					No	2 <input type="checkbox"/>
1143	¿Tiene dificultad con la vista (aún cuando usa lentes/espejuelos/anteojos o lentes de contacto)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		No	2 <input type="checkbox"/> → XII

1144	¿Padece ceguera?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

## XII. ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Ahora vamos a hablar de accidentes de tránsito **←ENTREVISTADOR@ muéstrela la tarjeta 2 y léala con el entrevistado**

1201	En lo que va corrido del 2007, ¿Tuvo usted algún accidente de tránsito?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos?  __ __
		No	2 <input type="checkbox"/>
1202	En el 2006, ¿Tuvo usted algún accidente de tránsito?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos?  __ __
		No	2 <input type="checkbox"/>
1203	En el 2005, ¿Tuvo usted algún accidente de tránsito?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos?  __ __
		No	2 <input type="checkbox"/>
1204	<b>← ENTREVISTADOR@: Revise las respuestas en 1201, 1202 y 1203...</b> ¿Para todos los casos la respuesta fue NO?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1207
1205	Alguna vez en la vida, ¿Usted tuvo algún accidente de tránsito?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → XIII
1206	En alguno de los accidentes de tránsito que tuvo ¿Sufrió alguna lesión? Es decir desde morados o dolores hasta la pérdida de alguna parte del cuerpo.	Sí	1 <input type="checkbox"/> → XIII
		No	2 <input type="checkbox"/> → XIII
		No Recuerda	3 <input type="checkbox"/> → XIII

Le voy a hacer algunas preguntas en relación con los accidentes que ha tenido en los ÚLTIMOS 3 AÑOS. Tenga en cuenta todas las lesiones por leves que le parezcan

**←ENTREVISTADOR@: Entregue tarjeta 3 y léala con el entrevistado**

1207	¿En el ÚLTIMO accidente usted sufrió alguna lesión o herida?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1208	¿En el PENÚLTIMO accidente sufrió alguna lesión o herida?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No aplica	3 <input type="checkbox"/> → 1210
1209	¿En el ANTEPENÚLTIMO accidente sufrió alguna lesión o herida?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No aplica	3 <input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se relacionan con el último accidente que le ocurrió, cuando le pregunte sólo piense en el último accidente.

1210	¿Dígame cuáles de las siguientes cosas le sucedieron como resultado del ÚLTIMO accidente?	<p>a. Moretones, dolores o tensión en músculos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>b. Cortadas, raspaduras, quemaduras o heridas abiertas en la piel: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>c. Fracturas, huesos rotos o dislocados: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>d. Daños en los órganos internos o sangrado interno: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>e. Lesión de la cabeza o pérdida del conocimiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>f. Pérdida temporal o definitiva de la función de un órgano, o parte del cuerpo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
1211	¿Cuál de las siguientes situaciones se ajusta mejor a la razón por la cual usted se encontraba en la calle en el momento en que ocurrió el accidente?	<p>Trasladándose desde o hacia el trabajo/estudio <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajando <input type="checkbox"/></p> <p>Haciendo diligencias personales o familiares <input type="checkbox"/></p> <p>En recreación o descanso <input type="checkbox"/></p>
1212	En el ÚLTIMO accidente usted era: <i>(lea las opciones)</i>	<p>Peatón <input type="checkbox"/> → 1214</p> <p>Pasajero <input type="checkbox"/></p> <p>Conductor <input type="checkbox"/></p> <p>Ciclista <input type="checkbox"/></p> <p>Motociclista <input type="checkbox"/></p>
1213	¿En qué clase de vehículo transitaba _____ cuando ocurrió el ÚLTIMO accidente?	<p>Automóvil <input type="checkbox"/></p> <p>Bicicleta o ciclotaxi <input type="checkbox"/></p> <p>Bus o microbús <input type="checkbox"/></p> <p>Buseta <input type="checkbox"/></p> <p>Bus articulado (transmilenio, MIO) <input type="checkbox"/></p> <p>Camión <input type="checkbox"/></p> <p>Camioneta <input type="checkbox"/></p> <p>Campero <input type="checkbox"/></p> <p>Motocicleta o mototaxi <input type="checkbox"/></p> <p>Volqueta <input type="checkbox"/></p> <p>Vehículo de tracción animal <input type="checkbox"/></p>
1214	¿Contra qué tipo de vehículo tuvo el ÚLTIMO accidente _____?	<p>Automóvil <input type="checkbox"/></p> <p>Bicicleta o ciclotaxi <input type="checkbox"/></p> <p>Bus o microbús <input type="checkbox"/></p> <p>Buseta <input type="checkbox"/></p> <p>Bus articulado (transmilenio, MIO) <input type="checkbox"/></p> <p>Camión <input type="checkbox"/></p> <p>Camioneta <input type="checkbox"/></p> <p>Campero <input type="checkbox"/></p> <p>Motocicleta o mototaxi <input type="checkbox"/></p> <p>Volqueta <input type="checkbox"/></p> <p>Vehículo de tracción animal <input type="checkbox"/></p> <p>No fue contra un vehículo <input type="checkbox"/></p>

1215	¿En qué tipo de vía ocurrió el ÚLTIMO accidente de _____? (Lea opciones).	Autopista Avenida Calle o vía secundaria Carretera Camino veredal Cicloruta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																																				
1216	En su concepto, ¿las siguientes cosas se relacionaron con la ocurrencia de su ÚLTIMO accidente?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Si</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Alguien iba muy rápido?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. ¿Alguien no respetó el pare o el semáforo?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. ¿Alguien se metió en contravía o por un lugar no permitido?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. ¿Alguien cambió de carril sin avisar o cerró a otro vehículo?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. ¿Alguien había consumido alcohol o drogas?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. ¿Alguien estaba desatento, cansado o dormido?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. ¿Alguien cruzó por un lugar no permitido o no utilizó el puente peatonal?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. ¿Algún vehículo tuvo fallas mecánicas?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	No sabe	a. ¿Alguien iba muy rápido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	b. ¿Alguien no respetó el pare o el semáforo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	c. ¿Alguien se metió en contravía o por un lugar no permitido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	d. ¿Alguien cambió de carril sin avisar o cerró a otro vehículo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	e. ¿Alguien había consumido alcohol o drogas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	f. ¿Alguien estaba desatento, cansado o dormido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	g. ¿Alguien cruzó por un lugar no permitido o no utilizó el puente peatonal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	h. ¿Algún vehículo tuvo fallas mecánicas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	Si	No	No sabe																																				
a. ¿Alguien iba muy rápido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
b. ¿Alguien no respetó el pare o el semáforo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
c. ¿Alguien se metió en contravía o por un lugar no permitido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
d. ¿Alguien cambió de carril sin avisar o cerró a otro vehículo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
e. ¿Alguien había consumido alcohol o drogas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
f. ¿Alguien estaba desatento, cansado o dormido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
g. ¿Alguien cruzó por un lugar no permitido o no utilizó el puente peatonal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
h. ¿Algún vehículo tuvo fallas mecánicas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																				
1217	← ENTREVISTADOR@: Revise 1207 y transcriba la respuesta allí registrada.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → XIII																																					
1218	Por las lesiones sufridas en el último accidente, ¿usted consultó al médico, a otra persona o a una institución de salud?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1222																																					
1219	¿Fue atendid@?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1223																																					
1220	¿Adónde fue la última vez para el tratamiento de las lesiones sufridas? (lea las opciones)	Hospital, o clínica del gobierno 1 <input type="checkbox"/> Centro o puesto de salud del gobierno 2 <input type="checkbox"/> Hospital o clínica privada 3 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS) 4 <input type="checkbox"/> Consultorio o médico particular 5 <input type="checkbox"/> En el hogar 6 <input type="checkbox"/> En el trabajo, estudio u otro espacio 7 <input type="checkbox"/> En una droguería 8 <input type="checkbox"/> Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar 9 <input type="checkbox"/> Sitio de curandero, tegua o similar 9 <input type="checkbox"/>																																					

1221	¿Quién pagó o va a pagar la mayor parte de los gastos por el tratamiento recibido por usted en el ÚLTIMO accidente? (espere respuesta)	La EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Plan de medicina prepagada, o seguro privado 2 <input type="checkbox"/> SOAT 3 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud o alcaldía (vinculados) 4 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Otra persona vinculada al accidente 6 <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 7 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 8 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 9 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 10 <input type="checkbox"/>	} XIII
1222	¿Cuál fue la principal razón por la que no buscó atención por las lesiones sufridas en el ÚLTIMO accidente? (espere respuesta)	Le hacen esperar mucho para atenderlo 1 <input type="checkbox"/> Descuido 2 <input type="checkbox"/> El problema se resolvió solo o se ha sentido bien 3 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo atendieron 4 <input type="checkbox"/> La consulta es muy cara o no tenía dinero 5 <input type="checkbox"/> Le dio miedo, nervios o pena 6 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven o no tenía tiempo 7 <input type="checkbox"/> Mala atención 8 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 9 <input type="checkbox"/> No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar 10 <input type="checkbox"/> No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 11 <input type="checkbox"/> No le cubrían o no le autorizaron la atención 12 <input type="checkbox"/> No le gusta ir 13 <input type="checkbox"/> No sabía que tenía derecho 14 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 15 <input type="checkbox"/> No tenía dónde acudir 16 <input type="checkbox"/> Pensó que no era necesario consultar 17 <input type="checkbox"/> Sitio de atención es muy lejano 18 <input type="checkbox"/>	} XIII
1223	¿Cuál es la principal razón por la que no le atendieron?	No atendían accidentes 1 <input type="checkbox"/> No cubría los servicios que necesitaba 2 <input type="checkbox"/> Lo mandaron para otro lugar 3 <input type="checkbox"/> No tenía con qué pagar 4 <input type="checkbox"/> No había quién le atendiera en esos momentos 5 <input type="checkbox"/> No le autorizaron la atención 6 <input type="checkbox"/> Dijeron que no era grave 7 <input type="checkbox"/> No tenían elementos y/o equipos para atenderlo 8 <input type="checkbox"/> No aparecía el pago al día 9 <input type="checkbox"/> No presentó los documentos requeridos por la institución 10 <input type="checkbox"/> No estaban prestando servicio 11 <input type="checkbox"/> No sabe 12 <input type="checkbox"/>	

XIII. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA		
<b>1301</b>	<p>◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene menos de 12 años?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → 1313 No 2 <input type="checkbox"/></p>
Ahora vamos a hablar de la salud de los dientes y la boca:		
<b>1304</b>	<p>En su opinión, ¿por qué se pican o le dan caries a los dientes? (Espere respuesta y marque todas las que mencione)</p>	<p>a. Mal cepillado o no cepillarse 1 <input type="checkbox"/>  b. Consumo de dulces 1 <input type="checkbox"/>  c. Descalcificación o debilidad de los dientes 1 <input type="checkbox"/>  d. Mala alimentación 1 <input type="checkbox"/>  e. Usar cosas que alguien con caries ha usado 1 <input type="checkbox"/>  f. Predisposición Genética 1 <input type="checkbox"/>  g. Por el consumo de antibióticos 1 <input type="checkbox"/>  h. Mal uso o no uso de seda dental y enjuagues 1 <input type="checkbox"/>  i. Por la colocación de aparatos en la boca 1 <input type="checkbox"/>  j. Infección 1 <input type="checkbox"/>  No sabe 2 <input type="checkbox"/></p>
<b>1305</b>	<p>En su opinión, ¿por qué se produce el sangrado o inflamación de las encías? (Espere respuesta y marque todas las que mencione)</p>	<p>a. Mal cepillado o no cepillarse 1 <input type="checkbox"/>  b. Cepillado fuerte 1 <input type="checkbox"/>  c. Infección 1 <input type="checkbox"/>  d. Debilidad de la encía 1 <input type="checkbox"/>  e. Problemas en el organismo 1 <input type="checkbox"/>  f. Mala alimentación 1 <input type="checkbox"/>  g. Mal uso o no uso de seda dental y enjuagues 1 <input type="checkbox"/>  h. Por la colocación de aparatos en la boca 1 <input type="checkbox"/>  i. Por problemas de caries 1 <input type="checkbox"/>  No sabe 2 <input type="checkbox"/></p>
<b>1306</b>	<p>¿Dígame todas las cosas que utiliza actualmente para limpiar sus dientes? (Espere respuesta y marque todas las que mencione)</p>	<p>a. Cepillo 1 <input type="checkbox"/>  b. Crema dental 1 <input type="checkbox"/>  c. Seda dental 1 <input type="checkbox"/>  d. Hilo normal, plástico o fibra 1 <input type="checkbox"/>  e. Enjuague bucal (listerine o similar) 1 <input type="checkbox"/>  f. Palillos 1 <input type="checkbox"/>  g. Bicarbonato 1 <input type="checkbox"/>  h. Carbón - ceniza 1 <input type="checkbox"/>  i. Sal 1 <input type="checkbox"/>  j. Hierbas, plantas u hojas 1 <input type="checkbox"/>  k. Limón 1 <input type="checkbox"/>  l. isodine 1 <input type="checkbox"/>  m. Enhebrador de seda dental 1 <input type="checkbox"/>  n. Dedos a modo de cepillo 1 <input type="checkbox"/>  o. Enjuague con agua 1 <input type="checkbox"/>  No usa nada 2 <input type="checkbox"/></p>
		<p>1309 si no marcó a</p>

1307	¿En qué momentos del día se cepilla los dientes Usted? (Espere respuesta y marque todas las que mencione)	a. Al levantarse b. Después del desayuno c. Después del almuerzo d. Después de la comida o cena e. Antes de acostarse f. Cada vez que come g. Cuando va a salir h. De vez en cuando	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
1308	¿Usualmente cuándo decide cambiar el cepillo de dientes?. (Espere respuesta)	Cuando las cerdas han perdido forma Cada Mes Cada 2 meses Cada 3 meses Cada 6 meses Cada año Otra periodicidad	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1309	<b>ENTREVISTADOR@</b> Verifique 1306. ¿Usa seda dental?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1311
1310	¿Cuándo utiliza seda dental _____? (Espere respuesta, se pueden marcar varias opciones)	a. Cuando quedan restos de comida en los dientes b. Después del desayuno c. Después del almuerzo d. Después de la comida o cena e. Antes de acostarse f. Cada vez que come g. Cuando va a salir h. De vez en cuando i. Cuando se acuerda	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> } 1312
1311	¿Cuál es la principal razón de _____ para no usar actualmente seda dental? (Espere respuesta)	Le sangra o duele la encía Es muy cara o no tiene dinero para comprarla No es necesaria No sabe como usarla Por falta de costumbre No se acuerda No la conoce No le gusta No se consigue por aquí Tiene muy pocos o ningún diente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
1312	← <b>ENTREVISTADOR@</b> : Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene entre 6 y 19 años?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1317.a
1313	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿_____ ha recibido aplicaciones o enjuagues de flúor?	Sí No Ns	1 <input type="checkbox"/> → 1315 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 1315



1314	¿Cuál es la principal razón para no hacerle aplicaciones o enjuagues de flúor a _____ en el ÚLTIMO AÑO? (espere respuesta)	No cree que la necesite	1	<input type="checkbox"/>
		No le cubrían o no autorizaron	2	<input type="checkbox"/>
		No tiene dinero/ es muy costoso	3	<input type="checkbox"/>
		No le gusta / eso duele	4	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde hacen los enjuagues	5	<input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo	7	<input type="checkbox"/>
		Cuando ha ido no hay el servicio	8	<input type="checkbox"/>
		Le hacen esperar mucho para atenderlo	9	<input type="checkbox"/>
		No tiene dónde ir	10	<input type="checkbox"/>
		Descuido	11	<input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	12	<input type="checkbox"/>
		Le dio miedo, nervios o pena	13	<input type="checkbox"/>
		Mala atención	14	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	15	<input type="checkbox"/>
		No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	16	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	17	<input type="checkbox"/>
		No sabe qué es el fluor	18	<input type="checkbox"/>
		El fluor es malo	19	<input type="checkbox"/>
		Está esperando campaña en la escuela	20	<input type="checkbox"/>
		No se lo han recomendado	21	<input type="checkbox"/>
1315	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene entre 6 y 15 años?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1317.a
1316	En el ÚLTIMO AÑO, ¿a _____ le han colocado sellantes?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → 1317.a
		No	2	<input type="checkbox"/>

1317	Cuál es la principal razón para que no le hayan colocado sellantes a _____ en EL ÚLTIMO AÑO? (espere respuesta)	No cree que lo necesite	1	<input type="checkbox"/>		
		No le cubrían o no autorizaron	2	<input type="checkbox"/>		
		No tiene dinero/ es muy costoso	3	<input type="checkbox"/>		
		No le gusta / eso duele	4	<input type="checkbox"/>		
		No sabe dónde prestan el servicio	5	<input type="checkbox"/>		
		Sitio de atención muy lejano	6	<input type="checkbox"/>		
		Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo	7	<input type="checkbox"/>		
		Cuando ha ido no hay el servicio	8	<input type="checkbox"/>		
		Le hacen esperar mucho para atenderlo	9	<input type="checkbox"/>		
		No tiene dónde ir _____	10	<input type="checkbox"/>		
		Descuido	11	<input type="checkbox"/>		
		Fue pero no lo atendieron	12	<input type="checkbox"/>		
		Le dio miedo, nervios o pena	13	<input type="checkbox"/>		
		Mala atención	14	<input type="checkbox"/>		
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	15	<input type="checkbox"/>		
		No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	16	<input type="checkbox"/>		
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	17	<input type="checkbox"/>		
		No sabe qué son los sellantes	18	<input type="checkbox"/>		
		Esta esperando campaña en la escuela	21	<input type="checkbox"/>		
		No se lo han recomendado	22	<input type="checkbox"/>		
		Tiene todas las muelas con calzas	23	<input type="checkbox"/>		
		No le han salido nuevas muelas	24	<input type="checkbox"/>		
		1317. a	¿Ha tenido algún problema dental, en la boca o las encías en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, contados hasta hoy?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
				No	2	<input type="checkbox"/> → 1351
1318	¿Cuál de los siguientes problemas ha tenido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		<b>Si</b>	<b>No</b>		
		a. Dolor de muelas, dientes o encías	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		b. Caries dental	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		c. Inflamación de la cara	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		d. Fallas en la erupción de los dientes	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		e. Sangrado de las encías	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		f. Úlceras o ampollas en la boca	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		g. Dificultad para abrir la boca	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		h. Mala mordida o dientes mal ubicados	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		i. Chirreo o castaño de los dientes (Bruxismo)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		j. Fractura dental	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		k. Ruido y/o dolor en la articulación	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		l. Pérdida de calza(s)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		m. Pérdida de diente(s)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		n. Ruptura o pérdida de prótesis	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
o. Mancha o pigmentación de los dientes	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		

1319	Por alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿a quién o quienes ha consultado en busca de ayuda?	a. Médico 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermera u otro personal de salud 1 <input type="checkbox"/> c. Dentista, Odontólogo o higienista oral 1 <input type="checkbox"/> d. Farmaceuta o personal de droguería 1 <input type="checkbox"/> e. Médico alternativo: acupunturista, bioenergético 1 <input type="checkbox"/> f. Curandero, tegua, brujo o empírico 1 <input type="checkbox"/> g. Amigo, familiar, vecino o conocido 1 <input type="checkbox"/> h. A nadie 2 <input type="checkbox"/>	} 1349
1320	¿Cuál es la principal razón para que _____ no consultara ese problema dental, en la boca o las encías? ( <i>espere respuesta</i> )	Le hacen esperar mucho para atenderlo 1 <input type="checkbox"/> Descuido 2 <input type="checkbox"/> El problema se resolvió solo o se ha sentido bien 3 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo atendieron 4 <input type="checkbox"/> La consulta es muy cara o no tenía dinero 5 <input type="checkbox"/> Le dio miedo, nervios o pena 6 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven o no tenía tiempo 7 <input type="checkbox"/> Mala atención 8 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 9 <input type="checkbox"/> No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar 10 <input type="checkbox"/> No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 11 <input type="checkbox"/> No le cubrían o no le autorizaron la atención 12 <input type="checkbox"/> No le gusta ir 13 <input type="checkbox"/> No sabía que tenía derecho 14 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 15 <input type="checkbox"/> No tenía dónde acudir 16 <input type="checkbox"/> Pensó que no era necesario consultar 17 <input type="checkbox"/> Sitio de atención es muy lejano 18 <input type="checkbox"/>	
1349	¿Durante cuántos, de los ÚLTIMOS 30 DÍAS, fue _____ <b>totalmente incapaz</b> de realizar sus actividades diarias o su trabajo por los problemas dentales o de la boca?	_ _ _  30 Días 1 <input type="checkbox"/> → 1351	
1350	¿Durante cuántos, de los ÚLTIMOS 30 DÍAS, <b>redujo sus actividades diarias o su trabajo</b> , por los problemas dentales o de la boca (sin contar los _____ días que estuvo totalmente incapacitado)?	_ _ _  NS 8 <input type="checkbox"/>	
<b>ENTREVISTADOR@:</b> Verifique la suma del valor registrado en 1349 y 1350; este valor no puede superar 30 días.			
1351	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, contados hasta hoy ¿cuántas veces fue _____ a consulta con el dentista, odontólogo o higienista oral ?	Número de veces  _ _ _  <b>ENTREVISTADOR@: revise si la respuesta es 1 o más pase a 1353</b>	
1352	¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que _____ consultó a un dentista, odontólogo o higienista oral?	Nunca ha consultado 1 <input type="checkbox"/> → 1362 Días 2 <input type="checkbox"/> Meses 3 <input type="checkbox"/> Años 4 <input type="checkbox"/> →	<b>Si escribe 1 año o más pase a 1362</b>

		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	
<b>1353</b>	¿Qué le hicieron a _____ en la última consulta?	a. Limpieza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		b. Revisión o examen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		c. Calzas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		d. Extracción dental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		e. Tratamiento de conductos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		f. Prótesis dental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		g. Aplicación fluor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		h. Sellantes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		i. Ortodoncia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		j. Tratamiento para la sensibilidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		<b>1354</b>	¿Dónde tuvo lugar la última consulta de _____? (lea opciones)	Hospital, o clínica del gobierno	
Centro o puesto de salud del gobierno					2 <input type="checkbox"/>
Hospital o clínica privada					3 <input type="checkbox"/>
Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)					4 <input type="checkbox"/>
Consultorio o médico particular					5 <input type="checkbox"/>
En el hogar					6 <input type="checkbox"/>
En el trabajo, estudio u otro espacio					7 <input type="checkbox"/>
En una droguería					8 <input type="checkbox"/>
Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar					9 <input type="checkbox"/>
Sitio de curandero, tegua o similar					10 <input type="checkbox"/>
<b>1355</b>	¿Quién cubrió la mayor parte de los gastos de la última atención recibida por _____? (lea opciones)	La EPS, ARS u otra entidad de seguridad social			1 <input type="checkbox"/>
		Plan de medicina prepagada, o seguro privado			2 <input type="checkbox"/>
		SOAT			3 <input type="checkbox"/>
		Secretaría de salud o alcaldía (vinculados)			4 <input type="checkbox"/>
		Usted o alguien de su hogar con recursos propios			5 <input type="checkbox"/>
		Otra persona con recursos propios			6 <input type="checkbox"/>
		Patrón o empleador			7 <input type="checkbox"/>
		No se requirió pago			8 <input type="checkbox"/>
		Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG)			9 <input type="checkbox"/>
		No sabe			10 <input type="checkbox"/>
<b>1362</b>	◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise 105. ¿Es menor de 12 años?	Sí			1 <input type="checkbox"/> → <b>XIV</b>
		No			2 <input type="checkbox"/>
<b>1363</b>	¿_____ tiene hijos menores de 10 años que vivan con usted o que dependan de usted?	Sí			1 <input type="checkbox"/>
		No			2 <input type="checkbox"/> → <b>XIV</b>

1364	Para cada una de las siguientes frases, dígame si está de acuerdo o en desacuerdo	<p>a. Los dientes de leche requieren iguales cuidados que los definitivos:</p> <p>De acuerdo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Dudoso 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Desacuerdo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>b. El cuidado de la boca del bebé debe comenzar con la salida del primer diente:</p> <p>De acuerdo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Dudoso 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Desacuerdo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar la boca:</p> <p>De acuerdo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Dudoso 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Desacuerdo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Los padres deben supervisar el cepillado de los dientes de los hijos pequeños:</p> <p>De acuerdo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Dudoso 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Desacuerdo 3 <input type="checkbox"/></p>
1365	¿Qué hace para el cuidado de la boca y dientes de sus hijos, aún si se trata de un bebé? <i>(Espere respuesta y marque todas las que mencione)</i>	<p>a. Cepillarles los dientes con crema 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Cepillarles los dientes sin crema 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Pasarles la seda dental 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Usar pastillas reveladoras de placa bacteriana 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Limpiarles las encías con gasa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Enseñarles a asearse la boca 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Mandarlos a que se laven los dientes 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Revisarles el cepillado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Comprarles enjuague bucal y seda dental 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Llevarlos al odontólogo periódicamente 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Alimentarlos con frutas y verduras 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. Darles leche 1 <input type="checkbox"/></p> <p>m. Controlar consumo de dulces 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No hace nada 2 <input type="checkbox"/></p>

XIV. COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA			
1401	<p>← ENTREVISTADOR @: Según la carpeta de la muestra, ¿Este es un municipio con riesgo de transmisión de fiebre amarilla?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/> → XV</p>
1402	<p>← ENTREVISTADOR @: <i>Revise 107 y 108.</i> ¿La persona que está respondiendo es la misma persona encuestada o es un informante?</p>	<p>Informante</p> <p>La misma persona</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → 1406</p> <p>2 <input type="checkbox"/></p>
1403	<p>¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada fiebre amarilla?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/> → XV</p>

1404	¿Cual cree usted que es la principal forma de transmisión de la fiebre amarilla? (Espere respuesta)	Por la picadura de un mosquito	1 <input type="checkbox"/>
		Por compartir la alimentos	2 <input type="checkbox"/>
		Por contacto con alguien enfermo	3 <input type="checkbox"/>
		Por compartir los artículos de limpieza	4 <input type="checkbox"/>
		Por consumir agua contaminada	5 <input type="checkbox"/>
		Por la suciedad	6 <input type="checkbox"/>
		Transfusión	7 <input type="checkbox"/>
		No sabe	8 <input type="checkbox"/>
1405	Según lo que usted sabe ¿existe una vacuna para evitar la fiebre amarilla?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → XV
1406	¿Alguna vez vacunaron a _____ contra la fiebre amarilla?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1409
		No recuerda/No sabe	3 <input type="checkbox"/> → XV
1407	¿Me deja ver el carné de vacunación de _____?.	Si lo tiene, Visto	1 <input type="checkbox"/>
		Si lo tiene, No visto	2 <input type="checkbox"/>
		No lo tiene	3 <input type="checkbox"/>
1408	¿En qué año vacunaron a _____ por última vez? ← ENTREVISTADOR@: Registre la respuesta a esta pregunta de acuerdo con el carné si lo vio.	Entre 1998 - 2007:	1 <input type="checkbox"/> → Año  __ __ __ __  → XV
		Antes de 1998	2 <input type="checkbox"/>
		No recuerda / No sabe	3 <input type="checkbox"/> → XV
1409	¿Cuál es la principal razón para que _____ no se haya vacunado contra la fiebre amarilla? O ¿no lo haya hecho nuevamente? (espere respuesta)	No cree que la necesite	1 <input type="checkbox"/>
		No le cubrían o no autorizaron la vacuna	2 <input type="checkbox"/>
		No tiene dinero/ es muy costoso	3 <input type="checkbox"/>
		No le gusta la vacuna / duele/ lo enferma	4 <input type="checkbox"/>
		No sabe dónde aplican la vacuna	5 <input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	6 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo	7 <input type="checkbox"/>
		Cuando ha ido no hay vacuna	8 <input type="checkbox"/>
		Le hacen esperar mucho para atenderlo	9 <input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	10 <input type="checkbox"/>
		Descuido	11 <input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	12 <input type="checkbox"/>
		Le dio miedo, nervios o pena	13 <input type="checkbox"/>
		Mala atención	14 <input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	15 <input type="checkbox"/>
		No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	16 <input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	17 <input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía que vacunarse	18 <input type="checkbox"/>
		La religión se lo prohíbe	19 <input type="checkbox"/>

XV. FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS						
1500	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene 12 o más años?			Sí	1 <input type="checkbox"/>	
				No	2 <input type="checkbox"/>	→ <input checked="" type="checkbox"/>
1501	Las siguientes preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. ¿Qué edad tenía cuando tomó o bebió por primera vez un vaso de cerveza, chicha, vino o un trago de aguardiente, ron, cola y pola, forcha, ponche o cualquier otro licor?			Número de años cumplidos  __ __  Nunca ha bebido 3 <input type="checkbox"/> → 1509		
1502	¿Se ha sentido molesto porque le han criticado su costumbre o hábito de beber?			Sí	1 <input type="checkbox"/>	
				No	2 <input type="checkbox"/>	
				No le han criticado	3 <input type="checkbox"/>	
				Nunca ha tenido el hábito	4 <input type="checkbox"/>	→ 1506
1503	¿Ha sentido usted alguna vez... a. ...la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma? b. ...culpabilidad por su hábito o costumbre de beber?			Sí	1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
				Sí	1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1504	¿Ha tomado alguna vez un trago, a primera hora de la mañana, para calmar los nervios o quitarse el guayabo?			Sí	1 <input type="checkbox"/>	
				No	2 <input type="checkbox"/>	
1505	Durante el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy, ¿cuántos días por semana o por mes o por año consumió cualquier tipo de bebida alcohólica?			__ __	días por semana	1 <input type="checkbox"/>
					días por mes	2 <input type="checkbox"/>
					días por año	3 <input type="checkbox"/>
					No consumió	4 <input type="checkbox"/> → 1509
1506	¿Durante cuántos de los ÚLTIMOS 30 días, contados hasta hoy consumió cualquier tipo de bebida alcohólica?			__ __	Cero (0) Días	1 <input type="checkbox"/> → 1509
1507	Durante los ÚLTIMOS 30 días, de los siguientes tipos de bebidas alcohólicas, ¿qué tipo consumió y con qué frecuencia?					
	Tipo de bebida	Diariamente	Fines de semana	Algunos días de la semana	Sólo en eventos sociales u ocasionalmente	No consumió
	a. Cerveza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	b. Vino	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	c. Aguardiente o ron	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	d. Chicha, guarapo o similar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	e. Whisky, vodka, ginebra o similar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1508	¿Durante cuántos de los ÚLTIMOS 15 DÍAS, consumió 5 o más tragos de cualquier bebida alcohólica?			__ __		

**CONSUMO DE TABACO, PIPA Y CIGARRILLO**

<b>1509</b>	¿Ha fumado alguna vez en su vida pipa, tabaco o cigarrillo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → 1541
<b>1509.a</b>	¿Sólo ha fumado la vez que probó?	Sí <input type="checkbox"/> → 1541	No <input type="checkbox"/>
<b>1510</b>	¿Ha fumado alguna vez en su vida por lo menos tres paquetes de picadura para pipa?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Nunca ha fumado pipa	<input type="checkbox"/> → 1514
<b>1511</b>	¿Fuma usted pipa actualmente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → 1513
<b>1512</b>	¿Cuántas pipas fuma por día, semana o mes?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Por día <input type="checkbox"/> → 1514 Por semana <input type="checkbox"/> → 1514 Por mes <input type="checkbox"/> → 1514
<b>1513</b>	¿Cuánto tiempo hace que no fuma pipa?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Día(s) <input type="checkbox"/> Semana(s) <input type="checkbox"/> Mes(es) <input type="checkbox"/> Año(s) <input type="checkbox"/>
<b>1514</b>	¿Usted ha fumado en la vida por lo menos 50 tabacos o puros (habanos, chicotes)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → 1518
		Nunca ha fumado tabacos o puros	<input type="checkbox"/> → 1518
<b>1515</b>	¿Usted fuma actualmente tabacos o puros?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → 1517
<b>1516</b>	¿Cuántos tabacos o puros fuma por día, por semana o por mes?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> } 1518
<b>1517</b>	¿Hace cuánto tiempo que usted no fuma tabaco o puros?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Días <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/>
<b>1518</b>	¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos o 5 paquetes durante TODA SU VIDA?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Nunca ha fumado cigarrillos	<input type="checkbox"/> → 1541
<b>1519</b>	¿Qué edad tenía cuándo probó el cigarrillo por primera vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> años cumplidos	
<b>1520</b>	¿Qué edad tenía cuándo comenzó su hábito de fumar?	<input type="text"/> <input type="text"/> años cumplidos	
		Nunca ha tenido el hábito de fumar	<input type="checkbox"/>
<b>1521</b>	¿ACTUALMENTE, fuma cigarrillos a diario, algunos de los días o ya no fuma?	A diario <input type="checkbox"/>	Algunos de los días <input type="checkbox"/>
		Ya no fuma	<input type="checkbox"/> → 1527



1522	Generalmente, ¿Cuántos cigarrillos fuma por día, por semana o por mes?	_ _ _	Por día 1 <input type="checkbox"/> Por semana 2 <input type="checkbox"/> Por mes 3 <input type="checkbox"/> Por año 4 <input type="checkbox"/>
1523	¿Desde hace cuántos meses o años fuma esa cantidad de cigarrillos o más?	_ _ _	Meses 1 <input type="checkbox"/> Años 2 <input type="checkbox"/>
1524	¿Durante cuántos de los ÚLTIMOS 30 DIAS, fumó cigarrillos?	_ _ _  Cero (0) Días 1 <input type="checkbox"/> → 1526	
1525	Durante los ÚLTIMOS 30 DIAS, en esos ____ días en que fumó, ¿alrededor de cuántos cigarrillos fumó al día?	_ _ _	
1526	Desde que comenzó a fumar ¿durante cuantos días, meses o años continuos ha interrumpido el consumo de cigarrillo?	_ _ _	Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> Años 3 <input type="checkbox"/> Nunca 4 <input type="checkbox"/>
1527	¿Cuál es la principal razón que lo llevó a usted a fumar? (Espere respuesta)	Las personas de su edad lo hacían 1 <input type="checkbox"/> Para superar la timidez 2 <input type="checkbox"/> Angustia/tensión/ estrés/ aburrimiento o similar 3 <input type="checkbox"/> Los adultos lo hacían 4 <input type="checkbox"/> Por la propaganda 5 <input type="checkbox"/> No conocía los riesgos para la salud 6 <input type="checkbox"/> Para espantar animales 7 <input type="checkbox"/> Curiosidad 8 <input type="checkbox"/> Diversión o gusto 9 <input type="checkbox"/> Personas cercanas lo hacían 10 <input type="checkbox"/> Obligado por alguien 11 <input type="checkbox"/> Para contrarrestar frío ,calor, hambre 12 <input type="checkbox"/> Para mantenerse despierto y/o concentrado 13 <input type="checkbox"/> Consecuencia del licor 14 <input type="checkbox"/>	
1528	¿Qué cree que pasará con su nivel de consumo de cigarrillos de aquí a 5 años?	Seguirá igual 1 <input type="checkbox"/> Disminuirá la cantidad de cigarrillos 2 <input type="checkbox"/> Aumentará la cantidad 3 <input type="checkbox"/> No fumará 4 <input type="checkbox"/> Puede que vuelva a fumar 5 <input type="checkbox"/> No sabe 6 <input type="checkbox"/>	
1529	← ENTREVISTADOR. Revise 1521. ¿Es igual a las opciones 1 ó 2?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1535	

1530	Le voy a leer algunas razones por las cuales la gente continua fumando. Para cada una de ellas dígame si cree o no que es su caso	<p>a. El cigarrillo es uno de los pocos placeres que tengo Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. De algo me tengo que morir Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Creo que el cigarrillo no hace daño Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. ¿Cree que la frase “Si dejo de fumar me voy a enfermar” es su caso? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Una de las cosas que me impiden dejar de fumar es que es demasiado sabroso Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Una de las cosas que me impiden dejar de fumar es que me ayuda a concentrar Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Una de las cosas que me impiden dejar de fumar es que me calma los nervios Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>h. ¿Cree que la frase “Si dejo de fumar me voy a engordar” es su caso? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Quisiera dejar de fumar pero no soy capaz Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Si hubiera un método efectivo dejaría de fumar Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Con el cigarrillo contrarresto el frío, calor o el hambre Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p>
1531	Durante el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy, ¿ha parado de fumar por más de un día PORQUE TRATABA DE DEJAR DE FUMAR?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 1539</p>
1532	¿Cuál ha sido la principal razón para intentar dejar de fumar? (Espere la respuesta)	<p>Se sintió enfermo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Se lo recomendó el médico 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Quiso evitar enfermarse 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Economía 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Embarazo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Quiso dar buen ejemplo 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Por su trabajo o profesión 7 <input type="checkbox"/></p> <p>No se siente libre 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Alguien importante para usted, diferente a su familia le pidió que dejara de fumar 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Por presión social 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Por presión de su esposa, hijos o familiares 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Desapareció la causa de la angustia 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Su religión o filosofía no se lo permite 13 <input type="checkbox"/></p>

1533	¿Cuál ha sido la principal razón para recaer? <i>(Espere la respuesta)</i>	Las personas de su edad lo hacen 1 <input type="checkbox"/> Para superar la timidez 2 <input type="checkbox"/> Angustia/tensión/ estrés/ aburrimiento o similar 3 <input type="checkbox"/> Los adultos lo hacen 4 <input type="checkbox"/> Por la propaganda 5 <input type="checkbox"/> No tuvo fuerza de voluntad (tentación) 6 <input type="checkbox"/> Para espantar animales 7 <input type="checkbox"/> Curiosidad 8 <input type="checkbox"/> Diversión o gusto 9 <input type="checkbox"/> Personas cercanas lo hacían 10 <input type="checkbox"/> Obligado por alguien 11 <input type="checkbox"/> Para contrarrestar el frío o el calor 12 <input type="checkbox"/> Para mantenerse despierto y/o concentrado 13 <input type="checkbox"/> Consecuencia del licor 14 <input type="checkbox"/> Aumento de peso 15 <input type="checkbox"/> Terminó el embarazo 16 <input type="checkbox"/> Se separó de los que lo cohibían de fumar 17 <input type="checkbox"/>
1534	¿Ha recibido ayuda o consejo para dejar de fumar por parte de ...?.	Un programa o de un profesional en salud Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Un amigo, amiga o conocido Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Personas no amigas ni familiares Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1535	¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar cigarrillos?	Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> Años 3 <input type="checkbox"/> Nunca he tenido el hábito de fumar 4 <input type="checkbox"/> → 1541
1536	¿Cuántos cigarrillos fumaba por día, por semana o por mes, cuando dejó de fumar?	Por día 1 <input type="checkbox"/> Por semana 2 <input type="checkbox"/> Por mes 3 <input type="checkbox"/> Por año 4 <input type="checkbox"/>
1537	¿Durante cuanto tiempo fumó esa cantidad de cigarrillos o más?	Meses 1 <input type="checkbox"/> Años 2 <input type="checkbox"/>

1538	¿Cuál cree que fue la razón definitiva que lo llevó a dejar de fumar? (Espere respuesta)	Se sintió enfermo 1 <input type="checkbox"/> Se lo recomendó el médico 2 <input type="checkbox"/> Quiso evitar enfermarse 3 <input type="checkbox"/> Economía 4 <input type="checkbox"/> Embarazo 5 <input type="checkbox"/> Quiso dar buen ejemplo 6 <input type="checkbox"/> Por su trabajo o profesión 7 <input type="checkbox"/> No se siente libre 8 <input type="checkbox"/> Alguien importante para usted, diferente a su familia le pidió que dejara de fumar 9 <input type="checkbox"/> Por presión social 10 <input type="checkbox"/> Por presión de su esposa, hijos o familiares 11 <input type="checkbox"/> Desapareció la causa de la angustia 12 <input type="checkbox"/> Su religión o filosofía no se lo permite 13 <input type="checkbox"/>	} 1541																																								
1539	¿Si una persona le pide que no fume porque le molesta el humo usted que hace? (Espere la respuesta)	Lo apaga 1 <input type="checkbox"/> Continúa fumando lejos de la persona que le solicitó 2 <input type="checkbox"/> Ignora la petición 3 <input type="checkbox"/> Ignora la petición y reacciona con rabia y/o agresión 4 <input type="checkbox"/> Lo apaga y reacciona con rabia y/o agresión 5 <input type="checkbox"/>																																									
1540	¿Ante un aviso fijado en la pared o en un escritorio de "Prohibido fumar" usted fuma?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>																																									
1541	¿Cuál cree que sería su primera actitud frente a una persona que está fumando si estuviera en un lugar público? (Espere la respuesta)	Se retiraría del lugar 1 <input type="checkbox"/> No le molestaría 2 <input type="checkbox"/> Daría señales de incomodidad 3 <input type="checkbox"/> Le molestaría pero no haría ni diría nada 4 <input type="checkbox"/> Pediría el favor a los fumadores que apaguen el cigarrillo 5 <input type="checkbox"/> Se pondría furioso y lo manifestaría en voz alta 6 <input type="checkbox"/> Le pediría a alguna persona con algún nivel de autoridad que intervenga para que las personas no fumen 7 <input type="checkbox"/> No sabe 8 <input type="checkbox"/>																																									
1542	Por favor dígame si considera ciertas o falsas cada una de las siguientes frases:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Cierto</th> <th>Falso</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. El cigarrillo aumenta el riesgo de cáncer</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Los fumadores se vuelven tosedores crónicos</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Los fumadores mueren más jóvenes que los no fumadores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. ¿Es cierto o falso que "Una mujer embarazada que fuma afecta al bebé"?</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Cuesta mucho trabajo dejar de fumar porque el cuerpo se acostumbra a la nicotina</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Las personas que dejan de fumar reducen su riesgo de enfermar y morir a causa del cigarrillo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. ¿Es cierto o falso que " Los cigarrillos suaves y mentolados hacen tanto daño como los otros"?</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. El humo de cigarrillo en el ambiente puede afectar en su salud a los que no fuman</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Está prohibido pasar publicidad de cigarrillo por televisión antes de las 11 de la noche</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Cierto	Falso	No sabe	a. El cigarrillo aumenta el riesgo de cáncer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	b. Los fumadores se vuelven tosedores crónicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	c. Los fumadores mueren más jóvenes que los no fumadores	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	d. ¿Es cierto o falso que "Una mujer embarazada que fuma afecta al bebé"?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	e. Cuesta mucho trabajo dejar de fumar porque el cuerpo se acostumbra a la nicotina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	f. Las personas que dejan de fumar reducen su riesgo de enfermar y morir a causa del cigarrillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	g. ¿Es cierto o falso que " Los cigarrillos suaves y mentolados hacen tanto daño como los otros"?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	h. El humo de cigarrillo en el ambiente puede afectar en su salud a los que no fuman	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	i. Está prohibido pasar publicidad de cigarrillo por televisión antes de las 11 de la noche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	Cierto	Falso	No sabe																																								
a. El cigarrillo aumenta el riesgo de cáncer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
b. Los fumadores se vuelven tosedores crónicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
c. Los fumadores mueren más jóvenes que los no fumadores	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
d. ¿Es cierto o falso que "Una mujer embarazada que fuma afecta al bebé"?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
e. Cuesta mucho trabajo dejar de fumar porque el cuerpo se acostumbra a la nicotina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
f. Las personas que dejan de fumar reducen su riesgo de enfermar y morir a causa del cigarrillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
g. ¿Es cierto o falso que " Los cigarrillos suaves y mentolados hacen tanto daño como los otros"?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
h. El humo de cigarrillo en el ambiente puede afectar en su salud a los que no fuman	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
i. Está prohibido pasar publicidad de cigarrillo por televisión antes de las 11 de la noche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																								
1543	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene 12 a 17 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1567																																									

1544	¿Fuman tus papás? ( <i>Espere la respuesta</i> )	Ninguno de ellos	1 <input type="checkbox"/>
		Los dos	2 <input type="checkbox"/>
		Sólo mi papá	3 <input type="checkbox"/>
		Sólo mi mamá	4 <input type="checkbox"/>
		No sabe	5 <input type="checkbox"/>
		Los padres fallecieron	6 <input type="checkbox"/>
1545	Si uno de tus mejores amigos o amigas te ofreciera un cigarrillo, ¿fumarías?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		Tal vez sí	2 <input type="checkbox"/>
		No	3 <input type="checkbox"/>
1546	¿Alguien de tu hogar habló contigo sobre los efectos dañinos de fumar?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1547	¿Crees que en algún momento durante el PROXIMO AÑO, contado a partir de hoy fumarás por lo menos un cigarrillo?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		Tal vez sí	2 <input type="checkbox"/>
		No	3 <input type="checkbox"/>
1548	¿Crees que las <b>chicas</b> que fuman tienen más o menos amistades que las que no fuman?	Más amistades	1 <input type="checkbox"/>
		Menos amistades	2 <input type="checkbox"/>
		No hay diferencia con las que no fuman	3 <input type="checkbox"/>
1549	¿Crees que los <b>chicos</b> que fuman tienen más o menos amistades?	Más amistades	1 <input type="checkbox"/>
		Menos amistades	2 <input type="checkbox"/>
		No hay diferencia con los que no fuman	3 <input type="checkbox"/>
1550	¿Fumar cigarrillos ayuda a la gente a sentirse más o menos cómoda en celebraciones, fiestas o en otras reuniones sociales?	Más cómoda	1 <input type="checkbox"/>
		Menos cómoda	2 <input type="checkbox"/>
		No hay diferencia con los que no fuman	3 <input type="checkbox"/>
1551	¿Crees que fumar cigarrillos hace que las <b>chicas</b> parezcan más o menos atractivas?	Más atractivas	1 <input type="checkbox"/>
		Menos atractivas	2 <input type="checkbox"/>
		No hay diferencia con las que no fuman	3 <input type="checkbox"/>
1552	¿Crees que fumar cigarrillos hace que los <b>chicos</b> parezcan más o menos atractivos?	Más atractivos	1 <input type="checkbox"/>
		Menos atractivos	2 <input type="checkbox"/>
		No hay diferencia con los que no fuman	3 <input type="checkbox"/>
1553	¿Crees que el fumar cigarrillos te hace engordar o adelgazar?	Engordar	1 <input type="checkbox"/>
		Adelgazar	2 <input type="checkbox"/>
		No hay diferencia con los que no fuman	3 <input type="checkbox"/>
1554	¿Fuma alguno de tus mejores amigos o amigas? ( <i>Lea las opciones</i> )	Ninguno de ellos	1 <input type="checkbox"/>
		Alguno de ellos	2 <input type="checkbox"/>
		La mayoría de ellos	3 <input type="checkbox"/>
		Todos ellos	4 <input type="checkbox"/>

1555	Cuando ves a una <b>mujer fumando</b> , ¿qué piensas de ella? <i>(Lea las opciones)</i>	Le falta confianza/ es insegura Es una tonta Es una perdedora Tiene éxito Es inteligente Es sofisticada o moderna Es una viciosa Es sucia, baja o degenerada Se ve poco femenina Nada, normal o es indiferente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>															
1556	Cuando ves a un <b>hombre fumando</b> , ¿qué piensas de él? <i>(Lea las opciones)</i>	Le falta confianza/ es inseguro Es un tonto Es un perdedor Tiene éxito Es inteligente Es sofisticado o moderno Es un vicioso Es sucio, bajo o degenerado Se ve varonil Nada, normal o es indiferente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>															
1557	¿Crees que el humo de los cigarrillos de otras personas que fuman es dañino para tu salud?	Si No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>															
1558	Durante los <b>ÚLTIMOS 7 DÍAS</b> en tu casa, ¿cuántos días fumó alguien en tu presencia?		__															
1559	Durante los <b>ÚLTIMOS 7 DÍAS</b> fuera de tu casa, ¿cuántos días fumó alguien en tu presencia?		__															
1560	¿Estás a favor o en contra de que se prohíba fumar en los siguientes lugares públicos?	a Restaurantes y cafeterías b Transporte público c Escuelas y gimnasios d Lugares de diversión, discotecas y cines	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>A favor</th> <th>En contra</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a Restaurantes y cafeterías</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b Transporte público</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c Escuelas y gimnasios</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d Lugares de diversión, discotecas y cines</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		A favor	En contra	a Restaurantes y cafeterías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b Transporte público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c Escuelas y gimnasios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d Lugares de diversión, discotecas y cines	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	A favor	En contra																
a Restaurantes y cafeterías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																
b Transporte público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																
c Escuelas y gimnasios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																
d Lugares de diversión, discotecas y cines	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																
<b>CIGARRILLO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>																		
1561	Durante los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> , ¿Qué tantos mensajes en <b>contra del tabaco</b> viste o escuchaste? (televisión, radio, carteles, periódicos, revistas, películas, etc.). <i>(Lea las opciones)</i>		Muchos 1 <input type="checkbox"/> Pocos 2 <input type="checkbox"/> Ninguno 3 <input type="checkbox"/>															
1562	Cuando vas a eventos deportivos, ferias, conciertos, eventos comunitarios o reuniones sociales, ¿con qué frecuencia ves mensajes <b>contra el tabaco</b> ? <i>(Lea las opciones)</i>	Muy frecuentemente Algunas veces Nunca Nunca voy a eventos deportivos, ferias, conciertos, eventos comunitarios o reuniones sociales	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>															

1563	¿Tienes alguna prenda u objeto (cachucha, bolígrafo, mochila, bolsa, etc.) con el logotipo de una marca de cigarrillos?	Sí <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
1564	Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿con qué frecuencia viste marcas de cigarrillos en programas de televisión?. (Lea las opciones)	Con mucha frecuencia	1 <input type="checkbox"/>
		Algunas veces	2 <input type="checkbox"/>
		Nunca	3 <input type="checkbox"/>
		Nunca veo televisión	4 <input type="checkbox"/>
1565	Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántos anuncios publicitarios de cigarrillos viste o escuchaste? (Lea las opciones)	Muchos anuncios publicitarios	1 <input type="checkbox"/>
		Pocos	2 <input type="checkbox"/>
		Ninguno	3 <input type="checkbox"/>
1566	¿Alguna vez algún promotor o promotora te ha ofrecido cigarrillos gratis?	Sí <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			
1567	¿Cuántos kilos pesa estando descalzo?	_ _ _  kilos	No sabe <input type="checkbox"/>
1568	¿Cuántos centímetros mide estando descalzo?	_ _ _  Centímetros	No sabe <input type="checkbox"/>
1569	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿con qué frecuencia en su tiempo libre hizo actividades físicas VIGOROSAS, que lo hicieran sudar MUCHO y aumentar BASTANTE su respiración o ritmo cardíaco? (Lea las opciones)	Diariamente	1 <input type="checkbox"/>
		Dos o tres veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>
		Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>
		Esporádicamente	4 <input type="checkbox"/>
		Nunca	5 <input type="checkbox"/> → 1571
1570	Cuando realizó este tipo de actividades extenuantes, ¿lo hizo durante cuántos minutos en promedio?	_ _ _	
1571	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿con qué frecuencia en su tiempo libre, hizo actividades físicas LIGERAS que lo hicieran sudar UN POCO e incrementaran LEVEMENTE su respiración o ritmo cardíaco?. (Lea las opciones)	Diariamente	1 <input type="checkbox"/>
		Dos o tres veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>
		Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>
		Esporádicamente	4 <input type="checkbox"/>
		Nunca	5 <input type="checkbox"/> → 1573
1572	Cuando realizó este tipo de actividades ligeras, ¿lo hizo durante cuántos minutos?	_ _ _	
1573	← ENTREVISTADOR@: Revise 1569 y 1571 ¿En ambas marcó 5 es decir nunca?	Si <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 1575
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
1574	¿Hace cuánto tiempo usted viene realizando en su tiempo libre estas actividades físicas o ejercicios?	Menos de un año	1 <input type="checkbox"/>
		Un año	2 <input type="checkbox"/>
		Dos y tres años	3 <input type="checkbox"/>
		Cuatro años y más	4 <input type="checkbox"/>

1575	¿Cuál es la principal razón por la que no realiza ningún tipo de ejercicio, en su tiempo libre? <i>(Espere la respuesta)</i>	No tiene tiempo	1 <input type="checkbox"/>
		No le gusta	2 <input type="checkbox"/>
		No hay sitios cerca de su casa o trabajo	3 <input type="checkbox"/>
		No tiene un grupo o pareja que lo acompañe	4 <input type="checkbox"/>
		Le da pereza	5 <input type="checkbox"/>
		No sabe qué ejercicio debe hacer	6 <input type="checkbox"/>
		Estado de salud	7 <input type="checkbox"/>
		El ejercicio lo hace trabajando	8 <input type="checkbox"/>
		Falta de recursos (dinero o elementos)	9 <input type="checkbox"/>

XVI. HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPERCOLESTEROLEMIA			
1601	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105.. ¿Tiene 18 a 69 años?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
1602	¿Le han tomado a usted la presión arterial alguna vez?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1605
1603	¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?	Menos de 1 mes	1 <input type="checkbox"/>
		De 1 a 6 meses	2 <input type="checkbox"/>
		De 7 a 12 meses	3 <input type="checkbox"/>
		Más de un año hasta 5 años	4 <input type="checkbox"/>
		Mas de 5 años	5 <input type="checkbox"/>
1604	La última vez que le tomaron la presión arterial, ¿cómo la tenía?	Alta	1 <input type="checkbox"/>
		Baja	2 <input type="checkbox"/>
		Normal	3 <input type="checkbox"/>
		No recuerda	4 <input type="checkbox"/>
1605	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1051.. ¿le han diagnosticado presión arterial elevada o hipertensión?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1625
		Sí, pero sólo en el embarazo	3 <input type="checkbox"/> → 1625
1606	¿Le han dicho, en DOS CONSULTAS O MÁS, que padecía de hipertensión, también conocida como presión alta?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1625
1607	¿Toma usted actualmente medicamentos para la presión arterial?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1614
◀ ENTREVISTADOR@: Entregue la tarjeta 4 y pida al entrevistado que indique cuáles medicamentos usa. De ser necesario solicite los empaques de los mismos.			



1608	¿Qué medicamentos toma usted para la presión arterial alta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Alfametildopa <input type="checkbox"/></li> <li>b. Amlodipino <input type="checkbox"/></li> <li>c. Atenolol <input type="checkbox"/></li> <li>d. Benazepril <input type="checkbox"/></li> <li>e. Bisoprolol <input type="checkbox"/></li> <li>f. Captopril <input type="checkbox"/></li> <li>g. Carvedilol <input type="checkbox"/></li> <li>h. Cilazapril <input type="checkbox"/></li> <li>i. Diazóxido <input type="checkbox"/></li> <li>j. Diltiacem <input type="checkbox"/></li> <li>k. Enalapril <input type="checkbox"/></li> <li>l. Espironolactona <input type="checkbox"/></li> <li>m. Felodipino <input type="checkbox"/></li> <li>n. Fosinopril <input type="checkbox"/></li> <li>o. Furosemida <input type="checkbox"/></li> <li>p. Hidralazina clorhidrato <input type="checkbox"/></li> <li>q. Hidroclorotiazida <input type="checkbox"/></li> <li>r. Indapamida <input type="checkbox"/></li> <li>s. Isradipino <input type="checkbox"/></li> <li>t. Labetalol <input type="checkbox"/></li> <li>u. Lacidipino <input type="checkbox"/></li> <li>v. Lisinopril <input type="checkbox"/></li> <li>w. Metolazona <input type="checkbox"/></li> <li>x. Metoprolol <input type="checkbox"/></li> <li>y. Minoxidilo <input type="checkbox"/></li> <li>z. Nadolol <input type="checkbox"/></li> <li>aa. Nicardipino <input type="checkbox"/></li> <li>bb. Nifedipino <input type="checkbox"/></li> <li>cc. Nitrendipino <input type="checkbox"/></li> <li>dd. Oxprenolol <input type="checkbox"/></li> <li>ee. Perindopril <input type="checkbox"/></li> <li>ff. Prazosina <input type="checkbox"/></li> <li>gg. Propranolol <input type="checkbox"/></li> <li>hh. Quinapril <input type="checkbox"/></li> <li>ii. Ramipril <input type="checkbox"/></li> <li>jj. Timolol <input type="checkbox"/></li> <li>kk. Trandolapril <input type="checkbox"/></li> <li>ll. Verapamilo <input type="checkbox"/></li> <li>mm. Otro. Cual? <input type="checkbox"/></li> </ul>
1609	¿Hace cuánto tiempo toma usted medicamentos para la presión arterial?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menos de 1 mes <input type="checkbox"/></li> <li>De 1 a 6 meses <input type="checkbox"/></li> <li>De 7 a 12 meses <input type="checkbox"/></li> <li>Más de 1 año hasta 5 años <input type="checkbox"/></li> <li>Mas de 5 años <input type="checkbox"/></li> </ul>

1610	¿Quién asume o paga la mayor parte de los gastos del medicamento?	La EPS, ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Plan de medicina prepagada, o seguro privado 2 <input type="checkbox"/> SOAT 3 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud o alcaldía (vinculados) 4 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Otra persona CON RECURSOS PROPIOS 6 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 9 <input type="checkbox"/> No sabe 10 <input type="checkbox"/>	
1611	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy, ¿ha interrumpido el consumo de medicamentos para la presión arterial por un mes o más?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→1616
1612	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Cuántas veces interrumpió el consumo de medicamentos para la presión por un mes o más?	_ _ _	
1613	¿Cuál fue la principal razón por la que interrumpió el consumo del medicamento para la presión arterial? (espere respuesta)	No le autorizaron el medicamento 1 <input type="checkbox"/> No hay medicamento disponible en la EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> El medicamento es muy caro o no tiene como pagarlo 3 <input type="checkbox"/> No sabe dónde le suministran el medicamento 4 <input type="checkbox"/> Sitio donde entregan el medicamento muy lejano 5 <input type="checkbox"/> Los horarios para entrega de medicamentos no le sirven 6 <input type="checkbox"/> No ha sacado el tiempo para obtener el medicamento 7 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 8 <input type="checkbox"/> No tolera los medicamentos 9 <input type="checkbox"/> El médico ordenó suspenderlo 10 <input type="checkbox"/> Le preocupa la adicción 11 <input type="checkbox"/> Creyó haber superado el problema 12 <input type="checkbox"/> Dejo de ir a control 13 <input type="checkbox"/>	1616
1614	¿Alguna vez un médico o profesional le formuló medicamentos para la presión arterial?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→1616

1615	¿Cuál es la principal razón por la que no toma actualmente los medicamentos que el médico le formuló?	No le gustan los medicamentos	1	<input type="checkbox"/>
		No le autorizaron la formula	2	<input type="checkbox"/>
		El medicamento es muy caro o no tiene como pagarlo	3	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde reclamarlo	4	<input type="checkbox"/>
		El lugar donde le dan el medicamento queda muy lejos	5	<input type="checkbox"/>
		Los horarios de entrega no le sirven	6	<input type="checkbox"/>
		No ha sacado el tiempo para hacerlo	7	<input type="checkbox"/>
		Muchos trámites en la EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>
		Se le perdió o venció la fórmula	9	<input type="checkbox"/>
		No había medicamento cuando fue a reclamarlos	10	<input type="checkbox"/>
		No le formularon más el medicamento	11	<input type="checkbox"/>
		Le preocupa la adicción	12	<input type="checkbox"/>
		Creyó haber superado el problema	13	<input type="checkbox"/>
1616	Desde que le diagnosticaron hipertensión, ¿alguna vez ha ido a consulta de nutrición para mejorar su dieta y aprender a comer mejor?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1618
1617	¿Ha ido a consulta de <b>NUTRICIÓN</b> en el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1618	Desde que le diagnosticaron hipertensión, ¿alguna vez ha ido a consulta de psicología para aprender a relajarse y manejar las presiones de la vida cotidiana?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1620
1619	¿Ha ido a consulta de <b>PSICOLOGÍA</b> en el ÚLTIMO AÑO?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1620	Desde que le diagnosticaron hipertensión, ¿alguna vez le han enseñado qué ejercicios debe hacer para mejorar su estado físico?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1622
1621	En el ÚLTIMO AÑO, ¿le enseñaron a hacer ejercicios para mejorar el estado físico?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1622	¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para el control de la hipertensión?	Menos de 1 mes	1	<input type="checkbox"/>
		De 1 a 6 meses	2	<input type="checkbox"/>
		De 7 a 12 meses	3	<input type="checkbox"/>
		Más de un año, hasta 5 años	4	<input type="checkbox"/> → 1624
		Mas de 5 años	5	<input type="checkbox"/> → 1624
		Nunca ha ido	6	<input type="checkbox"/> → 1624
1623	¿Cuántas veces en el ÚLTIMO AÑO, ha ido a consulta de control de la hipertensión?	_ _ _		→ 1625

1624	¿Cuál es la principal razón por la que no ha ido en el ÚLTIMO AÑO a control de la hipertensión?	No pensó que necesitara ir	1	<input type="checkbox"/>
		No le autorizaron la atención	2	<input type="checkbox"/>
		La consulta es muy cara o no tenía dinero	3	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde puede ir	4	<input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	5	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven	7	<input type="checkbox"/>
		No ha sacado el tiempo para hacerlo	8	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en la EPS/ARS/IPS	9	<input type="checkbox"/>
		Le hacen esperar mucho para atenderlo	10	<input type="checkbox"/>
		No confía en los que le atienden	11	<input type="checkbox"/>
		El problema se solucionó o se ha sentido bien	12	<input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	13	<input type="checkbox"/>
1625	¿Le han hecho alguna vez un examen de colesterol en la sangre?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1627
1626	¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de colesterol?	En el último año	1	<input type="checkbox"/>
		Más de un año, hasta 5 años	2	<input type="checkbox"/>
		Más de cinco años	3	<input type="checkbox"/>
1627	¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico o profesional de la salud que usted tenía...?	a. El colesterol alto	Sí 1	No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Los triglicéridos altos	Sí 1	No 2 <input type="checkbox"/>

XVII. DIABETES				
1701	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1063. ¿Le han diagnosticado diabetes o azúcar elevada en la sangre?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		Sí, pero sólo en el embarazo	2	<input type="checkbox"/> → XVIII
		No	3	<input type="checkbox"/> → XVIII
1702	¿Hace cuánto le dijeron que tenía diabetes?	En el último año	1	<input type="checkbox"/>
		Más de un año, hasta 5 años	2	<input type="checkbox"/>
		Más de cinco años	3	<input type="checkbox"/>
1703	¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de azúcar en la sangre o en la orina?	En el último año	1	<input type="checkbox"/>
		Más de un año, hasta 5 años	2	<input type="checkbox"/>
		Más de cinco años	3	<input type="checkbox"/>
1704	¿Conoció usted el resultado de este examen?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1705	¿Tiene usted algún aparato para medirse el nivel de azúcar en su casa regularmente? (glucómetro)	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1706	¿En la actualidad toma algún medicamento para el control de la diabetes?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1707	Desde que le diagnosticaron la diabetes, ¿alguna vez ha ido a consulta de nutrición para mejorar su dieta y aprender a comer mejor?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1709

1708	¿Ha ido a consulta de nutrición en el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1709	Desde que le diagnosticaron la diabetes, ¿alguna vez ha ido a consulta de psicología para aprender a relajarse y manejar las presiones de la vida cotidiana?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1711
1710	¿Ha ido a consulta de psicología en el ÚLTIMO AÑO?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1711	Desde que le diagnosticaron la diabetes, ¿alguna vez le han enseñado qué ejercicios debe hacer para mejorar su estado físico?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1713
1712	En el ÚLTIMO AÑO, ¿le enseñaron a hacer los ejercicios para mejorar el estado físico?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1713	¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para el control de la diabetes?	Menos de 1 mes 1 <input type="checkbox"/> De 1 a 6 meses 2 <input type="checkbox"/> De 7 a 12 meses 3 <input type="checkbox"/> Más de un año, hasta 5 años 4 <input type="checkbox"/> → 1715 Mas de 5 años 5 <input type="checkbox"/> → 1715 Nunca ha ido 6 <input type="checkbox"/> → 1715
1714	¿Cuántas veces en el ÚLTIMO AÑO ha ido a consulta de control de la diabetes?	_ _ _  → XVIII
1715	¿Dígame la principal razón por la que no ha ido en el ÚLTIMO AÑO a control de la diabetes?	No pensó que necesitara ir 1 <input type="checkbox"/> No le autorizaron la atención 2 <input type="checkbox"/> La consulta es muy cara o no tenía dinero 3 <input type="checkbox"/> No sabe dónde puede ir 4 <input type="checkbox"/> Sitio de atención muy lejano 5 <input type="checkbox"/> No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 6 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 7 <input type="checkbox"/> No ha sacado el tiempo para hacerlo 8 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en la EPS/ARS/IPS 9 <input type="checkbox"/> Le hacen esperar mucho para atenderlo 10 <input type="checkbox"/> No confía en los que le atienden 11 <input type="checkbox"/> El problema se solucionó o se ha sentido bien 12 <input type="checkbox"/> No tenía dónde acudir 13 <input type="checkbox"/>

### XVIII. DOLOR DE ESPALDA

Las preguntas que le voy a realizar a continuación se refieren a los ÚLTIMOS 7 DÍAS. Es decir, desde el (*nombre del día*) pasado hasta hoy. Cuando me responda piense en las actividades que usted hace a diario en su casa o trabajo.

1801	En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, en su casa o trabajo, ¿Levantó de forma continua objetos por encima de la cabeza?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿En cuantos días?  _ _  No 2 <input type="checkbox"/> → 1803
1802	En esos días en que levantó objetos por encima de la cabeza, ¿Durante cuántas horas al día realizó esta actividad?	_ _ _  Horas ← ENTREVISTADOR@: si es menor a 30 minutos registre cero (0)
1803	En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿levantó de forma continua objetos pesados, de más de 12 kilogramos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿En cuantos días?  _ _  No 2 <input type="checkbox"/> → 1806

1804	En esos días en que levantó de forma continua objetos pesados, ¿Durante cuántas horas al día realizó esta actividad?		_ _ _  Horas
<b>◀ ENTREVISTADOR@: si es menor a 30 minutos registre cero (0)</b>			
1805	¿Cuánto pesaba el objeto que levantó con más frecuencia en los últimos 7 días?	_ _ _	Libras 1 <input type="checkbox"/> Kilos 2 <input type="checkbox"/> Arroba 3 <input type="checkbox"/>
1806	En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿permaneció en una misma posición por más de 1 hora sin descansar o cambiar de posición?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ ¿En cuantos días?  _ _  → 1809
1807	En esos _____ días ¿Durante cuántas horas permaneció en la misma posición?		_ _ _  Horas
1809	En los ANTERIORES 6 DÍAS, ¿se ha sentido estresado, es decir, muy cansado o triste o angustiado o irritable o con desespero o con dificultades para dormir?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ ¿Cuántos días?  _ _

Ahora vamos a hablar sobre el dolor de espalda. (Muestre la ilustración 1 al entrevistado, y explíquela a que área se refiere). Le pido que cuando hablemos de dolor de espalda no tenga en cuenta el dolor del cuello o la nuca si lo ha tenido.

1810	En el DÍA DE HOY, ¿tiene o ha tenido dolor de espalda?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1811	En los ANTERIORES 6 DÍAS, ¿usted ha sentido dolor de espalda?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ ¿Cuántos días?  _ _
1812	<b>◀ ENTREVISTADOR@: Revise 1810 y 1811.</b> ¿Respondió SÍ para alguna de las dos preguntas?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1820
1813	¿Cuándo comenzó el dolor de espalda?		Durante los últimos 7 días 1 <input type="checkbox"/> Durante el último mes 2 <input type="checkbox"/> Antes del último mes 3 <input type="checkbox"/>
1814	Muéstrame en este esquema, ¿qué parte de la espalda le ha dolido en los ÚLTIMOS 7 DÍAS? <b>◀ ENTREVISTADOR@: Marque de acuerdo con la ilustración 1</b>	a. Zona lumbar b. Zona dorsal	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1815	En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿alguna vez se extendió este dolor a alguna de sus piernas?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1816	¿Durante cuántos, de los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ha sido <b>totalmente incapaz</b> de realizar sus actividades diarias o su trabajo, debido al dolor de espalda?		_ _
1817	<b>◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1816.</b> ¿La respuesta es 7?		Sí 1 <input type="checkbox"/> → 1819 No 2 <input type="checkbox"/>
1818	De los (mencione los días restantes) días restantes, ¿en cuántos días <b>redujo sus actividades diarias o su trabajo</b> debido al dolor de espalda?		_ _
<b>◀ ENTREVISTADOR@: Verifique la suma del valor registrado en 1816 y 1818; este valor no puede superar 7 días.</b>			

1819	¿Cuáles son las causas de su dolor de espalda de los últimos días? <i>(Espera la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a. Movimientos bruscos <input type="checkbox"/> 1 b. Levantar o empujar una carga u objeto <input type="checkbox"/> 1 c. Mantener una posición por mucho tiempo <input type="checkbox"/> 1 d. Realizar muchas veces seguidas una actividad o movimiento <input type="checkbox"/> 1 e. Estrés o tensión por los problemas de la vida <input type="checkbox"/> 1 f. Tristeza o problemas emocionales <input type="checkbox"/> 1 g. Uso herramientas o equipos inadecuados <input type="checkbox"/> 1 h. Falta de ejercicio <input type="checkbox"/> 1 i. Enfermedad preexistente <input type="checkbox"/> 1 j. Mucha tensión al realizar una actividad <input type="checkbox"/> 1 k. Una caída o golpe <input type="checkbox"/> 1 l. Posición al dormir <input type="checkbox"/> 1 No sabe <input type="checkbox"/> 2
Ahora vamos a hablar sobre el dolor de cuello o nuca. <i>(Muestre la figura al entrevistado y déjesela durante todo el bloque).</i>		
1820	En el DÍA DE HOY, ¿usted ha sentido dolor en la nuca o el cuello?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
1821	En los ANTERIORES 6 DÍAS, ¿usted ha sentido dolor en la nuca o el cuello?	Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuántos días? <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 2
1822	☛ ENTREVISTADOR@: Revise 1820 y 1821. ¿Respondió Sí para alguna de las dos preguntas?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 1828
1823	¿Hace cuánto le comenzó el dolor en la nuca o el cuello?	15 días o menos <input type="checkbox"/> 1 mas de 15 días pero menos de un mes <input type="checkbox"/> 2 Un mes o mas <input type="checkbox"/> 3
1824	¿Durante cuántos, de los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ha sido <b>totalmente incapaz</b> de realizar sus actividades diarias o su trabajo, debido al dolor de nuca o cuello?	<input type="text"/>
1825	☛ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1824. ¿La respuesta es 7?	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 1827 No <input type="checkbox"/> 2
1826	De los <i>(mencione los días restantes)</i> días restantes, ¿en cuántos <b>redujo sus actividades diarias o su trabajo</b> debido al dolor de nuca o cuello?	<input type="text"/>
☛ ENTREVISTADOR@: Verifique la suma del valor registrado en 1824 y 1826; este valor no puede superar 7 días.		
1827	¿Cuáles son las causas de su dolor de nuca o cuello? <i>(Espera la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a. Movimientos bruscos <input type="checkbox"/> 1 b. Levantar o empujar una carga u objeto <input type="checkbox"/> 1 c. Mantener una posición por mucho tiempo <input type="checkbox"/> 1 d. Realizar muchas veces seguidas una actividad o movimiento <input type="checkbox"/> 1 e. Estrés o tensión por los problemas de la vida <input type="checkbox"/> 1 f. Tristeza o problemas emocionales <input type="checkbox"/> 1 g. Uso herramientas o equipos inadecuados <input type="checkbox"/> 1 h. Falta de ejercicio <input type="checkbox"/> 1 i. Enfermedad preexistente <input type="checkbox"/> 1 j. Mucha tensión al realizar una actividad <input type="checkbox"/> 1 k. Una caída o golpe <input type="checkbox"/> 1 l. Posición al dormir <input type="checkbox"/> 1 No sabe <input type="checkbox"/> 2

1828	<p>← ENTREVISTADOR@: Revise las respuestas registradas en 1812 y 1822. ¿La respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/></p>
1829	<p>¿Usted ha buscado consejo o tratamiento para el dolor sentido en los ÚLTIMOS 7 DÍAS?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1833</p>
1830	<p>Principalmente, ¿a quién consultó para el tratamiento del dolor que ha sentido en los últimos 7 días?</p>	<p>Médico 1 <input type="checkbox"/> Enfermera u otro personal de salud 2 <input type="checkbox"/> Dentista, Odontólogo o higienista oral 3 <input type="checkbox"/> Farmaceuta o personal de droguería 4 <input type="checkbox"/> Acupunturista, bioenergético, naturista o similar 5 <input type="checkbox"/> Curandero, tegua, brujo o empírico 6 <input type="checkbox"/> Amigo, familiar, vecino o conocido 7 <input type="checkbox"/> } 1833</p>
1831	<p>¿Adónde consultó para el tratamiento de dicho dolor? (Lea alternativas)</p>	<p>Hospital, o clínica del gobierno 1 <input type="checkbox"/> Centro o puesto de salud del gobierno 2 <input type="checkbox"/> Hospital o clínica privada 3 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS) 4 <input type="checkbox"/> Consultorio o médico particular 5 <input type="checkbox"/> En el hogar 6 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> En el trabajo, estudio u otro espacio 7 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> En una droguería 8 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar 9 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> Sitio de curandero, tegua o similar 10 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/></p>
1832	<p>¿Quién pagó la mayor parte de los gastos por la atención recibida?</p>	<p>La EPS, ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Plan de medicina prepagada, o seguro privado 2 <input type="checkbox"/> SOAT 3 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud o alcaldía (vinculados) 4 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> } <input checked="" type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 6 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 9 <input type="checkbox"/></p>



<b>1833</b>	¿Cuál es la principal razón para no consultar a un profesional de la salud para el tratamiento del dolor que ha sentido?	Pensó que no era necesario consultar	1 <input type="checkbox"/>
		No autorizaron la atención	2 <input type="checkbox"/>
		Consulta muy cara o no tenía dinero	3 <input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos	4 <input type="checkbox"/>
		No sabe dónde prestan el servicio	5 <input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	6 <input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	7 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven	8 <input type="checkbox"/>
		No ha sacado el tiempo para hacerlo	9 <input type="checkbox"/>
		Muchos trámites en la EPS/ARS/IPS	10 <input type="checkbox"/>
		No cree lo puedan ayudar	11 <input type="checkbox"/>
		Ya ha consultado antes y no le ha servido	12 <input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	13 <input type="checkbox"/>
		Descuido	14 <input type="checkbox"/>
		Miedo, nervios o pena	15 <input type="checkbox"/>
		No cubrían o no le autorizaron	16 <input type="checkbox"/>