



HCHS/SOL Respiratory Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:							
---------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: RSS
VERSION: A 1/23/08

Contact
Occasion

----------------------	----------------------

SEQ #

----------------------	----------------------

Acrostic:

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

----------------------	----------------------	----------------------

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

A. Respiratory Symptoms

Las siguientes preguntas son sobre síntomas respiratorios o del pecho. Si usted tiene alguna duda sobre si contestar sí o no, conteste no.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted tos en la mayoría de los días o las noches de la semana por lo menos durante tres meses seguidos? (*"Mayoría" significa al menos 4 días o noches por semana*)

No 0
Sí 1

2. ¿Ha tenido usted tos al levantarse o a primera hora en la mañana la mayoría de las mañanas (al menos 4 veces por semana) por lo menos durante tres meses seguidos?

No 0
Sí 1

3. Si contesta "Sí" a la pregunta 1 o Pregunta 2, ¿cuántos años ha tenido esta tos?

Años

4. En los últimos 12 meses, ¿se le ha acumulado flema proveniente del pecho durante la mayoría de los días o noches de la semana por lo menos durante tres meses seguidos? (*"Mayoría" significa al menos 4 días o noches por semana*)

No 0
Sí 1

5. ¿Se le ha acumulado flema al levantarse o a primera hora en la mañana casi todas las mañanas (al menos 4 veces por semana) por lo menos durante tres meses seguidos?

No 0
Sí 1

6. Si contesta "Sí" a la pregunta 4 o Pregunta 5, ¿por cuántos años ha tenido problema con la flema?

Años

ID NUMBER:								FORM CODE: RSS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

7. ¿Alguna vez ha tenido ronquido o silbido en su pecho?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Sí 1 ☐

8. ¿Más o menos cuántos años tenía usted cuando tuvo ronquido o silbido en su pecho por primera vez?

Edad en años (*Answer "1" if younger than 1 year*)

9. ¿Alguna vez ha tenido un ataque de ronquido o silbido en su pecho que le hizo sentir que le faltaba la respiración?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 13**
Sí 1 ☐

10. ¿Más o menos cuántos años tenía usted cuando tuvo su primer ataque de este tipo?

Edad en años (*Answer "1" if younger than 1 year*)

11. ¿Alguna vez ha tenido 2 o más ataques de este tipo?

No 0 ☐
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐

12. ¿Alguna vez ha necesitado medicamento o tratamiento para los ataques de este tipo?

No 0 ☐
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐

13. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted ronquido o silbido en su pecho en alguna ocasión?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Sí 1 ☐

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pecho le ronca o le silba...

14. cuando tiene un resfrío?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

15. de vez en cuando, aparte de los resfríos?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

16. más de una vez a la semana?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

17. la mayoría de los días y las noches?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: RSS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

18. En los últimos 12 meses, ¿se ha despertado ya sea debido a la tos (aparte de ser una tos asociada con un resfrío o infección en el pecho) o por la falta de respiración o por sentir el pecho apretado?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

19. Cuando usted está cerca de animales (tales como gatos, perros o caballos), o cerca de plumas (incluyendo almohadas, edredones o colchas), o en una parte de la casa que tenga polvo o moho, ¿alguna vez:

	No	Sí
a. comienza a toser, a respirar con silbido, a sentirse con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?	0 ☐	1 ☐
b. le gotea la nariz o se le congestiona, comienza a estornudar o los ojos le pican o le lloran?	0 ☐	1 ☐

20. Cuando usted está cerca de árboles, césped o flores, o cuando hay mucho polen en el aire, ¿alguna vez:

	No	Sí
a. comienza a toser, a respirar con silbido, a sentirse con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?	0 ☐	1 ☐
b. le gotea la nariz o se le congestiona, comienza a estornudar o los ojos le pican o le lloran?	0 ☐	1 ☐

21. ¿Le han hecho le prueba de alergia en la piel?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

22. ¿Ha tenido sinusitis crónica?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

23. Cuando usted hace ejercicios o algún esfuerzo, o cuando el aire es frío, ¿alguna vez comienza a toser, le ronca el pecho, se siente con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

24. ¿Tiene usted problemas de falta de respiración cuando camina apurado(a) en un terreno nivelado o cuando sube una pequeña colina?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 29**
Sí 1 ☐

25. ¿Tiene que caminar más despacio que otras personas de su edad en un terreno nivelado por falta de respiración?

No 0 ☐
Sí 1 ☐
No se aplica 2 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: RSS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

26. ¿Alguna vez tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio paso en un terreno nivelado?

No 0 ☐
 Sí 1 ☐
 No se aplica 2 ☐

27. ¿Alguna vez tiene que detenerse a respirar después de caminar alrededor de 100 yardas o 91 metros (después de unos minutos) en un terreno nivelado?

No 0 ☐
 Sí 1 ☐
 No se aplica 2 ☐

28. ¿Tiene mucha falta de respiración para salir de la casa o le falta la respiración cuando se viste o desviste?

No 0 ☐
 Sí 1 ☐
 No se aplica 2 ☐

29. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo cuántos días faltó al trabajo o la escuela debido a enfermedades o síntomas respiratorios?

Ninguno 0 ☐
 1 a 5 1 ☐
 6 a 15 2 ☐
 16 o más 3 ☐
 No se aplica—no
 va a trabajar ni escuela 4 ☐ → **GO TO QUESTION 32**

30. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted síntomas respiratorios (tos, flema, ronquido o falta de respiración) que cambió durante los fines de semana, las vacaciones o en otras ocasiones en las que usted estuvo alejado(a) de su actual empleo? Si tiene más de un empleo en la actualidad, piense en el empleo en el cual pasa la mayor parte del tiempo.

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 32**
 Sí 1 ☐
 No sabe 2 ☐ → **GO TO QUESTION 32**
 No se aplica—en estos momentos no tiene empleo que requiera trabajar fuera del hogar

3 ☐ → **GO TO QUESTION 32**

31. ¿Mejoran o empeoran sus síntomas respiratorios cuando usted está alejado(a) de su actual empleo?

Mejoran 1 ☐
 Empeoran 2 ☐
 No sabe 9 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: RSS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

B. Respiratory Conditions

32. ¿Alguna vez ha tenido asma?

No 0 ☐ **GO TO QUESTION 38**

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐ **GO TO QUESTION 38**

33. ¿Más o menos a qué edad le empezó?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

If age is known → GO TO QUESTION 34

33a. Cuando era niño(a); edad desconocida ☐

34. ¿Le fue diagnosticado por un doctor u otro profesional de la salud?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐

35. ¿Todavía tiene asma?

No 0 ☐

Sí 1 ☐ →

GO TO QUESTION 37

No sabe 9 ☐

36. ¿A qué edad se le quitó?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

37. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado inhalador para el asma?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

38. ¿Alguna vez ha tenido fiebre del heno (alergia que da en la nariz y/o los ojos)?

No 0 → ☐ **GO TO QUESTION 40**

Sí 1 ☐

No sabe 9 → ☐ **GO TO QUESTION 40**

39. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado un aerosol nasal para la fiebre del heno?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

40. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía pulmonía o bronconeumonía?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 42**

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 42**

ID NUMBER:								FORM CODE: RSS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------------------	---------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

41. ¿Más o menos que edad tenía cuando le dio pulmonía o bronconeumonía?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

If age is known → GO TO QUESTION 42

41a. Cuando era niño(a); edad desconocida ☐

42. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tenía bronquitis crónica?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 44**

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 44**

43. ¿Más o menos que edad tenía cuando le dio bronquitis crónica por primera vez?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

If age is known → GO TO QUESTION 44

43a. Cuando era niño(a); edad desconocida ☐

44. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 47**

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 47**

45. ¿Más o menos a que edad le empezó?

Edad en años (Answer "1" if younger than 1 year)

46. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado inhaladores para una enfermedad pulmonar obstructiva o enfisema?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

C. Family History Questions

Las siguientes preguntas se refieren a sus familiares consanguíneos. Cuando le pregunte por hermanos(as), no incluya a medios(as) hermanos(as).

47. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tuvieron un ataque de asma?

a. Madre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

b. Padre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

c. Hermanos(as) No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

48. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron bronquitis crónica, una enfermedad pulmonar obstructiva o enfisema?

a. Madre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

b. Padre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

c. Hermanos(as) No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: RSS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

49. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron fiebre del heno (alergia que da en la nariz y/o los ojos)?

- | | | | | |
|-----------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| a. Madre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| b. Padre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| c. Hermanos(as) | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |

D. Tuberculosis Screening

50. ¿Alguna vez le han dicho que tiene tuberculosis activa o TB (por sus siglas en inglés)?

- | | | |
|---------|----------------------------|----------------------------|
| No | 0 ☐ | → GO TO QUESTION 52 |
| Sí | 1 ☐ | |
| Rehusó | 2 ☐ | |
| No sabe | 9 ☐ | |

51. ¿Alguna vez le recetaron algún medicamento para tratar la tuberculosis activa o TB?

- | | |
|---------|----------------------------|
| No | 0 ☐ |
| Sí | 1 ☐ |
| Rehusó | 2 ☐ |
| No sabe | 9 ☐ |

52. ¿Alguna vez le hicieron una prueba de tuberculosis en la piel o prueba TB (por ejemplo, prueba del derivado proteico de tuberculina o PPD, por sus siglas en inglés)?

- | | | |
|---------|----------------------------|----------------------------|
| No | 0 ☐ | → GO TO QUESTION 55 |
| Sí | 1 ☐ | |
| Rehusó | 2 ☐ | → GO TO QUESTION 55 |
| No sabe | 9 ☐ | → GO TO QUESTION 55 |

53. ¿Fue el resultado:

- | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|
| Positivo | 1 ☐ | |
| Negativo | 2 ☐ | → GO TO QUESTION 55 |
| No sabe | 9 ☐ | → GO TO QUESTION 55 |

54. ¿Le recetaron algún medicamento para evitar que se enfermara de tuberculosis o TB?

- | | |
|---------|----------------------------|
| No | 0 ☐ |
| Sí | 1 ☐ |
| No sabe | 9 ☐ |

55. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna para prevenir la tuberculosis o TB, llamada Bacilo Calmette-Guerin o BCG?

- | | |
|---------|----------------------------|
| No | 0 ☐ |
| Sí | 1 ☐ |
| Rehusó | 2 ☐ |
| No sabe | 9 ☐ |

ID NUMBER:									FORM CODE: RSS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

E. Current Home Environment

56. Durante los últimos 12 meses, ¿ha habido en su hogar alguna inundación o algún daño causado por el agua?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

57. Durante los últimos 12 meses, ¿ha notado en su vivienda algo de moho u hongos en cualquier superficie, aparte de la comida?

No 0 ☐
Sí 1 ☐