

SEE FRONT  
COVER  
LAYOUT ON  
SEPARATE PDF

**Esta hoja se dejó en  
blanco intencionalmente.**

## Female Questionnaire

**P1** ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 años

**P2** ¿Es usted hispana o latina, o de origen español?

- Sí  
 No

**P3** ¿Cuál es su raza?

*Por favor seleccione todas las que le correspondan.*

- India americana o nativa de Alaska  
 Asiática  
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico  
 Negra o afroamericana  
 Blanca

**P4** ¿Cuál es su estado civil o situación de vida en pareja en estos momentos?

- Casada con una persona del sexo opuesto  
 No está casada pero vive con una pareja del sexo opuesto  
 Viuda  
 Divorciada o matrimonio anulado  
 Separada porque usted y su esposo o esposa no se están llevando bien  
 Casada con una persona del mismo sexo  
 No está casada pero vive con una pareja del mismo sexo  
 Nunca se ha casado

P5

¿Está actualmente yendo a la escuela regular o en vacaciones de la escuela regular?

*Por escuela regular nos referimos a la escuela elemental o primaria; escuela media o junior high; escuela secundaria; escuela superior, preparatoria o high school; college o universidad; o estudios de posgrado. Si está tomando cursos de GED ahora, o tomando un semestre o trimestre libre, o en una escuela vocacional, seleccione No.*

- Sí  
 No

P6

¿En qué grado o año escolar está usted, o cuál es el grado o año más alto de la escuela regular al que ha asistido?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No tuvo escolaridad formal | <input type="checkbox"/> 10º grado                                |
| <input type="checkbox"/> 1º grado                   | <input type="checkbox"/> 11º grado                                |
| <input type="checkbox"/> 2º grado                   | <input type="checkbox"/> 12º grado                                |
| <input type="checkbox"/> 3º grado                   | <input type="checkbox"/> 1 año de universidad o college - o menos |
| <input type="checkbox"/> 4º grado                   | <input type="checkbox"/> 2 años de universidad o college          |
| <input type="checkbox"/> 5º grado                   | <input type="checkbox"/> 3 años de universidad o college          |
| <input type="checkbox"/> 6º grado                   | <input type="checkbox"/> 4 años de universidad o college/posgrado |
| <input type="checkbox"/> 7º grado                   | <input type="checkbox"/> 5 años de universidad/posgrado           |
| <input type="checkbox"/> 8º grado                   | <input type="checkbox"/> 6 años de universidad/posgrado           |
| <input type="checkbox"/> 9º grado                   | <input type="checkbox"/> 7 años o más de universidad/posgrado     |

P7

Antes de cumplir 18 años, ¿alguna vez vivió sin sus padres, tutores o guardianes?

*Por favor incluya el tiempo que haya vivido fuera de su hogar mientras asistía al college o a la universidad, o estaba en las Fuerzas Armadas; pero no incluya el tiempo que haya pasado en un internado a nivel primario, intermedio o secundario, como tampoco el tiempo vivido en una institución o cárcel o en un hogar grupal. Además, por favor no incluya arreglos temporales con supervisión, como por ejemplo un campamento de verano.*

- Sí  
 No

P8

¿Estaban sus padres biológicos casados entre ellos cuando usted nació?

- Sí
- No

P9

¿Qué mujer, si hubo alguna, piensa usted que fue la que mayormente la crió cuando usted estaba creciendo?

- Madre biológica
- Madre adoptiva
- Madrastra
- Novia del padre
- Madre foster
- Abuela
- Otra pariente mujer
- Mujer no pariente
- No hay tal persona
- Otra

P10

¿Qué hombre, si hubo alguno, piensa usted que fue el que mayormente la crió cuando usted estaba creciendo?

- Padre biológico
- Padre adoptivo
- Padrastro
- Novio de la madre
- Padre foster
- Abuelo
- Otro pariente hombre
- Hombre no pariente
- No hay tal persona
- Otro

P11

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación o regla?

años

**P12** ¿Está embarazada en estos momentos?

- Sí  
 No

**P13** Ya sea que el embarazo haya terminado en un nacimiento vivo, en un bebé nacido muerto, en un aborto intencional, en un aborto espontáneo o natural, o un embarazo ectópico, ¿cuántas veces ha estado embarazada en su vida?

--	--

**P14-a** Por favor complete la siguiente tabla con respuestas para cada una de las siguientes preguntas sobre sus embarazos (hasta 10 embarazos). Si usted nunca ha estado embarazada, por favor deje la tabla en blanco.

¿En cuál de las siguientes formas terminó el embarazo?

*Por favor ponga estas respuestas numéricas en la segunda columna de la tabla.*

- 1 = Aborto espontáneo/natural
- 2 = Bebé nacido sin vida
- 3 = Aborto intencional
- 4 = Embarazo ectópico o en las trompas
- 5 = Nacimiento con vida por cesárea
- 6 = Nacimiento con vida por parto vaginal

**P14-b** De este embarazo, ¿cuántos bebés tuvo que nacieron con vida?

*Por favor incluya bebés que hayan muerto poco después de nacer y bebés que usted haya dado en adopción. Por favor ponga estas respuestas en la tercera columna de la tabla.*

**P14-c** ¿En qué mes (1 = enero, 2 = febrero, etc.) y año terminó ese embarazo?

*Por favor ponga estas respuestas en la cuarta y quinta columna de la tabla.*

**P14-d**

¿Cuántas semanas de embarazo tenía usted cuando nació el bebé/nacieron los bebés/terminó ese embarazo?

Por favor ponga esta respuesta en la última columna de la tabla.

Embarazo	Resultado del embarazo:	Bebés nacidos con vida:	Mes en que terminó el embarazo (MM):	Año en que terminó el embarazo (AAAA):	Semanas de embarazo:
Ejemplo	2	0	03	1970	36
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Ahora tenemos algunas preguntas específicas sobre sus bebés nacidos con vida. Por favor anote estas respuestas en la siguiente tabla, con respecto a cada bebé que nació con vida.

**P15-a**

¿Cuál fue el sexo del bebé: masculino o femenino?

Por favor ponga esta respuesta en la segunda columna de la tabla.

1 = Masculino

2 = Femenino

**P15-b**

¿Cuánto peso este bebé al nacer, en libras y onzas?

Por favor ponga esta información en la tercera columna de la tabla.

**P15-c**

¿En qué mes (donde 1 = enero, 2 = febrero, 3 = marzo, 4 = abril, 5 = mayo, 6 = junio, 7 = julio, 8 = agosto, 9 = septiembre, 10 = octubre, 11 = noviembre, 12 = diciembre) y año nació el bebé?

Por favor ponga esta información en la cuarta columna de la tabla.

Nombre del bebé	Sexo del bebé:	Peso del bebé:		Fecha de nacimiento del bebé:	
Ejemplo: Rosa	2	Libras: 8	Onzas: 7	Mes: 03	Año: 1972
		Libras:	Onzas:	Mes:	Año:
		Libras:	Onzas:	Mes:	Año:
		Libras:	Onzas:	Mes:	Año:
		Libras:	Onzas:	Mes:	Año:
		Libras:	Onzas:	Mes:	Año:
		Libras:	Onzas:	Mes:	Año:

**P16** Incluyendo su matrimonio actual, ¿cuántas veces ha estado casada?



Si nunca ha estado casada, por favor vaya a la pregunta P22 en la siguiente pág.

**P17** ¿En qué mes y año se casaron usted y su esposo (más reciente)?

Mes:

Año:

**P18** ¿Qué edad tenía su esposo cuando se casaron?

años

**P19** *Algunas parejas viven juntas sin estar casados. Vivir juntos significa tener una relación de tipo sexual y vivir generalmente en la misma dirección.*

¿Vivieron juntos usted y su esposo (más reciente) antes de casarse?

- Sí  
 No

**P20** ¿Cuál de los siguientes grupos describe el origen racial de su esposo?

*Por favor seleccione uno o más grupos.*

- India americana o nativa de Alaska  
 Asiática  
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico  
 Negra o afroamericana  
 Blanca



P21

Si ya no está casada, ¿cómo terminó su matrimonio más reciente?

*Si está casada, no conteste esta pregunta y déjela en vacío.*

- El esposo falleció
- Divorcio
- Anulación

P22

Sin contar a alguien que usted ya haya mencionado, ¿con cuántos otros hombres ha vivido en su vida?

--	--

P23

En algún momento de su vida, ¿alguna vez ha tenido relaciones sexuales con un hombre, es decir, hacer el amor, tener sexo o acostarse?

- Sí → Pase a la P25 en la siguiente pág.
- No

P24

*Como usted sabe, algunas personas ya han tenido relaciones sexuales a su edad y otras no. Por favor vea las opciones siguientes donde aparecen algunas razones que la gente da para no tener relaciones sexuales.*

¿Cuál diría usted que es la razón más importante por la que usted no ha tenido relaciones sexuales hasta ahora?

- En contra de la religión o las morales
- No quiero quedar embarazada
- No quiero contraer una enfermedad de transmisión sexual
- Todavía no he encontrado a la persona adecuada
- Estoy en una relación, pero estoy esperando el momento adecuado
- Otra

**Pase a la P29 en la siguiente pág.**

P25

Esa primera vez en su vida que tuvo relaciones sexuales con un hombre, ¿qué edad tenía usted?

--	--

 años

P26

¿Ha tenido relaciones sexuales más de una vez?

- Sí
- No

P27

Contando todos los hombres que han sido sus parejas sexuales, incluso aquellos con los que tuvo relaciones sexuales solamente una vez, ¿con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales en toda su vida?

--	--

P28

Durante los últimos 12 meses, ¿con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales, si las tuvo con alguno?

*Por favor cuente a todos los hombres que han sido sus parejas sexuales, incluso a aquellos con quienes tuvo sexo una sola vez.*

--	--

P29

¿Alguna vez le han ligado o amarrado, cortado o sacado las dos trompas de Falopio?

*Este proceso se le llama con frecuencia ligadura de trompas o esterilización quirúrgica.*

- Sí
- Sí, pero la operación falló
- Sí, tuve el procedimiento Essure®
- No
- La operación ya fue revertida

P30

¿Alguna vez le han hecho una histerectomía, es decir, una operación para sacarle el útero o la matriz?

- Sí  
 No

P31

¿Alguna vez le han sacado los dos ovarios?

- Sí  
 No

P32

¿Alguna vez le han hecho otra operación que haga imposible que usted tenga un/otro bebé?

- Sí  
 No

P33

Algunas mujeres no están físicamente capacitadas para tener hijos. Hasta donde sabe, ¿es físicamente posible para usted tener un bebé en el futuro?

- Sí  
 No

P34

*Algunas mujeres están capacitadas físicamente para tener un bebé, pero tienen dificultades para quedar embarazadas o para llevar el embarazo a término.*

Hasta donde sabe, ¿tendría usted alguna dificultad para quedar embarazada o para llevar un embarazo a término en el futuro?

- Sí  
 No

**P35** ¿Alguna vez un doctor le ha aconsejado que nunca vuelva a quedar embarazada?

- Sí  
 No

**P36** ¿Alguna vez ha...

**Sí** **No**

usado píldoras anticonceptivas?

tenido relaciones sexuales con un hombre que usó un condón o preservativo?

tenido sexo con una pareja que se hizo una vasectomía?

usado Depo-Provera™, una inyección que se da una vez cada tres meses?

tenido sexo con una pareja que retiraba el pene de su vagina antes de eyacular o venirse?

usado el método del ritmo o método del calendario para prevenir embarazos?

*Con este método, una mujer cuenta los días de su ciclo menstrual para identificar los días en que puede quedar embarazada, es decir los días “no seguros” para tener relaciones sexuales.*

usado “El método de días fijos o estándar” o método del “Collar del ciclo” para evitar embarazos?

*Estos métodos identifican los días 8 al día 19 del ciclo menstrual como los días en que una mujer puede quedar embarazada, es decir los días “no seguros” para tener relaciones sexuales.*

usado el método del periodo seguro según la temperatura u observación del moco cervical para prevenir embarazos?

*Algunos nombres para estos métodos son el Método de los dos días, el Método de ovulación Billings y el Método sintotérmico.*

usado el parche anticonceptivo (u Ortho-Evra™ o Xulane™)?

usado el anillo vaginal anticonceptivo (o “NuvaRing™”)?

usado la píldora anticonceptiva de emergencia?

*Algunos ejemplos de los nombres de éstas son: “Plan B™”, “Preven™”, “Ella™”, “Next Choice™” y “Píldora del Día Siguiente”.*

**P37**

¿Cuáles de los métodos que aparecen en ese lado de la tarjeta ha usado usted alguna vez?

*Por favor mencione cualquier método que haya usado aunque lo haya usado solamente una vez.*

**Sí**                      **No**

Implantes hormonales(Norplant™, Implanon™ or Nexplanon™)



Diafragma



Condón femenino, bolsa vaginal



Espuma anticonceptiva



Jalea, gelatina o crema anticonceptiva



Capuchón cervical



Supositorio u óvulo vaginal



Esponja anticonceptiva Today™



DIU, espiral, T de cobre, dispositivo intrauterino o'IUD'



Lunelle™



Nunca usaron ningún otro método



Otro método—especifique: \_\_\_\_\_

**P38**

¿Qué edad tenía la primera vez que usó un método anticonceptivo por cualquier razón?

*Si nunca ha usado anticonceptivos, no conteste esta pregunta y déjela en vacío.*



años

**P39**

¿Usó algún método anticonceptivo la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

Sí

No

No he tenido relaciones sexuales

Las siguientes preguntas son acerca de métodos y servicios de anticonceptivos en el último año.

**P40** En los últimos 12 meses...:

	Sí	No
¿le han dado algún anticonceptivo o le han recetado alguno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿le han hecho un chequeo o examen médico relacionado con el uso de un método anticonceptivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿le han dado consejería o información acerca de métodos anticonceptivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿le han hecho una operación de esterilización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿le han dado consejería o información acerca de hacerse esterilizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿le han dado anticonceptivos de emergencia, también conocidos como “Plan B” o la “píldora de la mañana siguiente”, o se los recetaron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿le han dado consejería o información sobre anticonceptivos de emergencia, también conocidos como “Plan B” o la “píldora de la mañana siguiente”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de servicios médicos recibidos de un doctor u otra persona que presta atención médica en el último año.

**P41** En los últimos 12 meses, ¿le han hecho:

	Sí	No
¿una prueba de embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿un aborto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿una prueba de Papanicolau o pap smear – en la que un doctor o enfermera pone un instrumento en su vagina y toma una muestra para detectar celular anormales que podrían volverse cáncer de cuello de útero o cáncer cervical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿un examen ginecológico – en el que un doctor o enfermera pone una mano en la vagina y la otra sobre el abdomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿atención prenatal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿atención después del embarazo o atención posparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P42**

En los últimos 12 meses, ¿le han hecho una prueba para detectar una enfermedad de transmisión sexual?

- Sí → Pase a la P44
- No

**P43**

¿Cuál de estas razones diría que es la razón principal por la cual no le han hecho ninguna prueba para detectar una enfermedad de transmisión sexual?

- No quería que se enteraran los padres
- Preocupada sobre la confidencialidad
- Un doctor o un proveedor de cuidados nunca lo sugirió
- Avergonzada o difícil pedir que le hicieran la prueba
- El costo o la falta de seguro
- Otra

**P44**

Pensando en el futuro, ¿quiere usted tener un/otro bebé en algún momento?

- Sí
- No

**P45**

Durante alguna de sus relaciones, ¿alguna vez usted o su pareja han ido a un doctor o a otra persona que presta atención médica para hablar sobre cómo ayudarla a quedar embarazada?

- Sí
- No

P46

Piense en todos los tipos de ayuda médica que usted o sus parejas alguna vez recibieron para ayudarla a usted a quedar embarazada. ¿Cuáles de los servicios han usado usted o ellos para ayudarla a quedar embarazada?

*Por favor seleccione todos los que le correspondan.*

- Consejos
- Pruebas de infertilidad
- Medicamentos para mejorar su ovulación
- Cirugía para corregir trompas de Falopio bloqueadas
- Inseminación artificial
- Otros tipos de ayuda médica

P47

¿Alguna vez ha ido a un doctor o a otra persona que presta atención médica para hablar de cómo ayudarla a evitar un aborto espontáneo o la pérdida del embarazo?

- Sí
- No

P48

¿Alguna vez fue tratada por una infección en las trompas de Falopio, en el útero o matriz, o en los ovarios, también llamada infección pélvica, enfermedad pélvica inflamatoria o P.I.D.?

- Sí
- No

P49

¿Alguna vez un doctor u otra persona que presta atención médica le...

**Sí**                      **No**

dijo que usted tenía diabetes o azúcar en la sangre?

ha dicho que usted tenía un fibroma o mioma en el útero o matriz?

ha dicho que usted tenía endometriosis?

ha dicho que usted tenía problemas de ovulación o menstruación?



**P50**

*Las siguientes preguntas son acerca de otros problemas de salud o impedimentos que usted pueda tener.*

¿Tiene serias dificultades para oír?

- Sí  
 No

**P51**

¿Tiene serias dificultades para ver, aun con anteojos o espejuelos puestos?

- Sí  
 No

**P52**

Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí  
 No

**P53**

¿Tiene serias dificultades para caminar o subir por escaleras?

- Sí  
 No

**P54**

¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- Sí  
 No

**P55**

Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene dificultades para ir sola a hacer mandados como ir al consultorio de un doctor o ir de compras?

- Sí  
 No

**P56**

¿Alguna vez un doctor u otra persona que presta atención médica le ha dicho que usted tenía cáncer?

- Sí  
 No

**P57**

*Una mamografía es una radiografía del seno solamente que se saca con una máquina que presiona contra el seno.*

¿Alguna vez le hicieron una mamografía?

- Sí  
 No → Si no, procede a Q59

**P58**

¿Qué edad tenía la primera vez que le hicieron una mamografía?

años

**P59**

*Un examen clínico de los senos es cuando un doctor u otro profesional médico palpa sus senos con la mano para sentir si hay alguna bolita o masa u otros cambios en sus senos.*

¿Alguna vez le hicieron un examen clínico de los senos?

- Sí  
 No

**P60**

¿Alguna vez le han hecho la prueba del VIH, el virus que causa SIDA?

- Sí
- No

**P61**

*Hay medicamentos disponibles para evitar que las personas que no tienen VIH lo contraigan.*

¿Ha oído de estos medicamentos?

- Sí
- No

**P62**

¿Alguna vez un doctor u otra persona que presta atención médica le habló sobre el VIH, el virus que causa SIDA?

- Sí
- No

**P63**

En los últimos 12 meses, ¿un doctor u otra persona que presta atención médica le ha medido la presión?

- Sí
- No

**P64**

¿Actualmente está cubierta por algún tipo de seguro médico o algún otro tipo de plan de salud?

- Sí
- No → Pase a la P66

P65

¿Cuáles de los siguientes tipos de cobertura médica tiene usted?

Por favor seleccione todas las respuestas que le correspondan.

- Un plan de seguro de salud privado (del empleador o lugar de trabajo; comprado directamente; a través de un programa del gobierno estatal o local o programa comunitario)
- Medicaid
- Medicare
- Medi-Gap
- Seguro del Cuidado de la Salud Militar (Military Health Care)
- Servicio Indígena de Salud (Indian Health Service)
- CHIP (Seguro de Salud para Niños)
- Plan para un solo servicio (por ejemplo, dental, visión, recetas médicas)
- Plan de salud patrocinado por el estado
- Otra atención médica del gobierno

P66

¿Nació usted fuera de los Estados Unidos?

- Sí
- No

P67

¿Bajo qué religión la criaron, si la criaron bajo alguna?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                        | <input type="checkbox"/> Luterana   |
| <input type="checkbox"/> Católica                       | <input type="checkbox"/> Presbiteriana  |
| <input type="checkbox"/> Judía                          | <input type="checkbox"/> Episcopal o Anglicana  |
| <input type="checkbox"/> Bautista del sur               | <input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días SUD/Mormones |
| <input type="checkbox"/> Bautista                       | <input type="checkbox"/> Otra   |
| <input type="checkbox"/> Metodista o Metodista Africano |   |

**P68**

¿A qué religión pertenece en estos momentos, si alguna?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                        | <input type="checkbox"/> Luterana   |
| <input type="checkbox"/> Católica                       | <input type="checkbox"/> Presbiteriana  |
| <input type="checkbox"/> Judía                          | <input type="checkbox"/> Episcopal o Anglicana  |
| <input type="checkbox"/> Bautista del sur               | <input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días SUD/Mormones |
| <input type="checkbox"/> Bautista                       | <input type="checkbox"/> Otra   |
| <input type="checkbox"/> Metodista o Metodista Africano |   |

**P69**

Actualmente, ¿qué tan importante es la religión en su vida diaria?

- Muy importante
- Algo importante
- No es importante

**P70**

¿Más o menos con qué frecuencia asiste usted a servicios religiosos?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana                       | <input type="checkbox"/> 3 a 11 veces al año    |
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana                              | <input type="checkbox"/> Una o dos veces al año |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces al mes                               | <input type="checkbox"/> Nunca                  |
| <input type="checkbox"/> Una vez al mes (aproximadamente 12 veces al año) |   |

P71

En los últimos 12 meses, ¿durante cuántos meses tuvo algún trabajo pagado?

*Por favor incluya cualquier trabajo pagado con un horario regular establecido, que se esperaba que usted desempeñara. Por favor incluya trabajos de tiempo completo, tiempo parcial y trabajos temporales o de verano.*

*Incluya trabajos tales como babysitting, jardinería, repartir diarios, limpieza de casas, etc., siempre y cuando sean trabajos que se esperaba que usted hiciera y en los cuales regularmente lo/la esperaban en horarios determinados. No los cuente si usted tomaba trabajos individuales cuando aparecían.*

		mes
--	--	-----

P72

La semana pasada, ¿qué estaba haciendo? ¿Estaba trabajando, encargándose del hogar, asistiendo a clases o haciendo alguna otra cosa?

*Por favor seleccione todas las respuestas que le correspondan.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajando  | <input type="checkbox"/> Encargándome del hogar  |
| <input type="checkbox"/> No estaba trabajando en mi empleo debido a enfermedad temporal, vacaciones, huelga, etc | <input type="checkbox"/> Cuidando a la familia   |
| <input type="checkbox"/> En licencia o con permiso de maternidad o familiar del trabajo                          | <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Desempleado, despedido o buscando trabajo   | <input type="checkbox"/> Incapacidad permanente  |
|  | <input type="checkbox"/> Otra cosa               |

P73

Por favor díganos qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Las relaciones sexuales entre dos adultos del mismo sexo son aceptables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hay problema en que una mujer joven soltera tenga y crie un hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P74** En general, ¿cómo es su salud? ¿Diría que es...

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**P75** ¿Cuánto pesa?

*Por favor conteste en libras.*

--	--	--

 libras

**P76** ¿En toda su vida ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?

*100 cigarrillos son unos 5 paquetes.*

- Sí
- No

**P77** Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado cerveza, vino, licor u otras bebidas alcohólicas?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                          | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al mes      |
| <input type="checkbox"/> Una o dos veces durante el año | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Varias veces durante el año    | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al día      |

P78

Un trago es equivalente a una lata de cerveza de 12 onzas, a un vaso de vino de 5 onzas, o a un trago que contiene un shot de bebida alcohólica fuerte. Durante los últimos 30 días, en los días que tomó, ¿más o menos cuántos tragos tomó en promedio?

bebida

P79

Tomando en cuenta bebidas alcohólicas de todo tipo, ¿cuántas veces en los últimos 30 días tomó 4 tragos o más en una ocasión?

veces

P80

Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tomó 4 tragos o más en un lapso de dos horas?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                          | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al mes      |
| <input type="checkbox"/> Una o dos veces durante el año | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Varias veces durante el año    | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al día      |

P81

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha fumado marihuana?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                          | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al mes      |
| <input type="checkbox"/> Una o dos veces durante el año | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Varias veces durante el año    | <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al día      |

P82

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína?

- Nunca
- Una o dos veces durante el año
- Varias veces durante el año
- Aproximadamente una vez al mes



P83

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína piedra o roca (crack)?

- Nunca
- Una o dos veces durante el año
- Varias veces durante el año
- Aproximadamente una vez al mes

P84

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado Cristal o metanfetaminas, también conocidas como tiza o meta o met?

- Nunca
- Una o dos veces durante el año
- Varias veces durante el año
- Aproximadamente una vez al mes

P85

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha inyectado drogas que no le hubieran recetado a usted?

*Inyectarse quiere decir cualquier ocasión en que usted haya usado drogas con una aguja, ya sea en las venas, apenas debajo de la piel, o en el músculo.*

- Nunca
- Una o dos veces durante el año
- Varias veces durante el año
- Aproximadamente una vez al mes

P86

¿Alguna vez un hombre ha introducido el pene en su vagina (esto también se conoce como sexo vaginal)?

- Sí
- No

P87

¿Alguna vez un hombre le ha hecho a usted sexo oral (estimulándole los genitales con la boca)?

- Sí  
 No

P88

¿Alguna vez usted le ha hecho sexo oral a un hombre (estimulándole el pene con la boca)?

- Sí  
 No

P89

¿Alguna vez un hombre le ha puesto el pene en su recto o ano? (Esto también se conoce como sexo anal.)

- Sí  
 No

P90

Piense en toda su vida. ¿Cuántas parejas sexuales masculinas ha tenido?

*Por favor cuente todas las parejas, incluso aquellas con quienes tuvo sexo solamente una vez.*

--	--

P91

Las personas son diferentes con respecto a su atracción sexual hacia otras personas. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor lo que usted siente? ¿Se siente...

- Solo atraída por los hombres  
 Principalmente atraída por los hombres  
 Igualmente atraída por hombres y mujeres  
 Principalmente atraída por las mujeres  
 Solo atraída por las mujeres  
 No estoy segura

**P92** En los últimos 12 meses, ¿le han hecho la prueba para detectar clamidia?

- Sí  
 No

**P93** En los últimos 12 meses, ¿se ha hecho alguna prueba para detectar cualquier otra enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, herpes o sífilis?

- Sí  
 No

**P94** En los últimos 12 meses, ¿un doctor u otra persona que presta atención médica le ha hecho un tratamiento o le ha dado medicamentos para una enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, herpes o sífilis?

- Sí  
 No

**P95** En los últimos 12 meses, ¿algún doctor u otra persona que presta atención médica le ha dicho que usted tenía gonorrea?

- Sí  
 No

**P96** En los últimos 12 meses, ¿algún doctor u otra persona que presta atención médica le ha dicho que usted tenía clamidia?

- Sí  
 No

P97

Alguna vez, en algún momento de su vida, ¿algún doctor u otra persona que presta atención médica le ha dicho que usted tenía herpes genital?

- Sí  
 No

P98

Alguna vez, en algún momento de su vida, ¿algún doctor u otra persona que presta atención médica le ha dicho que usted tenía verrugas genitales o el virus del papiloma humano también llamado HPV?

- Sí  
 No

P99

Alguna vez, en algún momento de su vida, ¿algún doctor u otra persona que presta atención médica le ha dicho que usted tenía sífilis?

- Sí  
 No

P100

¿Qué categoría representa el total de los ingresos combinados de usted y su familia viviendo aquí en el año pasado?

*Por favor ponga la cantidad que sea antes de descontar los impuestos.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$5,000    | <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$34,999 |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 - \$7,499   | <input type="checkbox"/> \$35,000 - \$39,999 |
| <input type="checkbox"/> \$7,500 - \$9,999   | <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$12,499 | <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999 |
| <input type="checkbox"/> \$12,500 - \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$60,000 - \$74,999 |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 - \$19,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 - \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 o más     |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 - \$29,999 |  |

P101

En algún momento durante el último año, aunque haya sido solamente por un mes, ¿usted o algún miembro de su familia que vive aquí recibió algo de ayuda en efectivo de un programa de ayuda pública o welfare del estado o del condado?

*No incluya estampillas de comida o cupones de alimentos, SSI, asistencia con el pago de la energía, WIC, comidas en la escuela, o asistencia con transporte, cuidado infantil, alquiler de la vivienda, o educación.*

- Sí  
 No

P102

La siguiente pregunta es acerca de SNAP, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que antes se conocía como el Programa de Estampillas de Comida. Los beneficios de SNAP se proporcionan en una tarjeta de débito electrónica. Durante el último año, ¿usted o alguno de los miembros de su familia que viven aquí recibió estampillas o cupones de alimentos o beneficios de SNAP?

- Sí  
 No

P103

Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia que vive aquí recibió WIC, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños?

- Sí  
 No

**P104**

Durante el último año, ¿usted o alguno de los miembros de su familia que viven aquí recibió asistencia del gobierno del siguiente tipo debido a que sus ingresos eran bajos:

**Sí**

**No**

¿asistencia de transporte, tal como vales de gasolina, pases de autobús o ayuda para registrar, reparar o asegurar un automóvil?

¿algún servicio o asistencia de cuidado infantil para que usted o ellos pudieran ir a trabajar, a la escuela o a entrenamiento?

¿ayuda de una oficina de servicios sociales o de welfare con entrenamiento laboral, un *Job Club*, un programa de búsqueda de empleo o cualquier otra cosa para ayudarle a usted o cualquier persona en el hogar a buscar trabajo?

**P105**

Durante los últimos 12 meses, ¿recibió alimentos o comidas gratis o a precio reducido porque no podía comprar comida?

Sí

No

**P106**

En los últimos 12 meses, ¿hubo alguien en su hogar que necesitó ir al doctor o al hospital pero no pudo debido al costo?

Sí

No

**Por favor anote abajo el mejor correo electrónico en el que nos podemos comunicar con usted.**

Únicamente mandaremos correos relacionados a esta encuesta.

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

**Ahora, ¿cuál es su número de teléfono?**

Solo le llamaremos sobre esta encuesta, y su número no será compartido con nadie más.

(    )    -

**Esto es un...**

número de teléfono móvil

número de línea de tierra del hogar

**¿Nos da permiso para mandarle mensajes de texto relacionados a esta encuesta?**

No usaremos este número para ningún otro propósito.

Sí

No

**Gracias por completar esta encuesta.**

**Por favor envíe de regreso el cuestionario completo** lo más pronto que usted pueda.

Toda la información que usted nos dé se usará solamente para propósitos del estudio y nunca se compartirá con nadie más.

En nuestra página hay una lista de fuentes de información que cubren una variedad de inquietudes que a veces las personas tienen en sus vidas. Por favor refiérase a esta lista si siente que le pueden resultar útiles.

**Si necesita ayuda o tiene preguntas, por favor contáctenos:**



afhs-info@umich.edu



877-556-1542



afhs.isr.umich.edu

¡Gracias nuevamente por su ayuda!

SEE FRONT  
COVER  
LAYOUT ON  
SEPARATE PDF