

Cuestionario de Adultos de 20 o más Años de Edad

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____ / ____ / ____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ / ____ / ____

CLAVE DE AGEB _____ / ____ / ____ - ____

LOCALIDAD _____ / ____ / ____

MANZANA _____ / ____ / ____

CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE CONTROL / ____ / ____ / ____ / ____

FOLIO DE VIVIENDA / ____ / ____

HOGAR / ____ / ____ DE ____ / ____

CUESTIONARIO / ____ / ____ DE ____ / ____

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

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

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

RESULTADO DE LA VISITA

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

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

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

NÚM. DE REGISTRO DEL ADULTO SELECCIONADO / ____ / ____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / ____ / ____

DÍA MES AÑO

SEXO _____ / ____
HOMBRE..... 1
MUJER..... 2

EDAD _____ / ____ / ____
AÑOS MESES

ESTADO CONYUGAL
(TRANSCRIBA CLAVE) _____ / ____ / ____

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 2.2.

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

SECCIÓN 1. FACTORES DE RIESGO

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

SECCIÓN 2. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

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

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

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

| | | |
|--|--|---|
| 2.15 ¿Qué hizo o quién lo atendió? | Nada o nadie 01 Remedios caseros, automedicación 02 Curandero(a) o yerbero(a) 03 Huesero(a) o sobador(a) 04 Encargado(a) comunidad 05 Psicólogo, terapeuta 06 Médico, consultorio 07 Clínica, sanatorio u hospital 08 Otro 77 No responde 99 | /_/_/_/ PASE A 2.17 |
| 2.16 ¿Por qué no solicitó atención médica por lo que le pasó? | No fue necesario 01 Es caro 02 Está muy lejos 03 Falta de confianza 04 Tratan mal 05 Falta de tiempo 06 No hay clínica/hospital 07 Otro 77 No responde 99 | /_/_//_/_/ |
| 2.17 ¿Cuando sufrió el accidente o violencia, estaba bajo los efectos de... | alcohol? 1 drogas? 2 otro? _____ Especifique No estaba bajo efectos 0 No responde 9 | /_/_/ |
| SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE O VIOLENCIA INFRINGIDO POR TERCERA PERSONA; SI NO ES ASÍ, PASE A 3.1. | | |
| 2.18 ¿La persona que lo lastimó estaba bajo los efectos de... | alcohol? 1 drogas? 2 otro? _____ Especifique No estaba bajo efectos 0 No sabe 8 No responde 9 | /_/_/ |
| 2.19 ¿Conocía a la persona que lo lastimó? | Sí 1 No 2 Inseguro 3 No responde 9 | /_/_/ PASE A 3.1 |
| 2.20 ¿Quién fue la persona que lo lastimó? | Pareja 1 Familiar 2 Amigo 3 Vecino u otro conocido 4 No responde 9 | /_/_/ |

SECCIÓN 3. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

| | | |
|--|---------------------|-------|
| 3.1 ¿Tienen (o tenían) sus padres algún parentesco entre sí? | Sí..... 1 | _ _ / |
| | No 2 | |
| | No sabe 8 | |
| | No responde 9 | |

De los siguientes familiares a, su _____ algún médico le ha dicho que tiene o tuvo _____
 Familiar Enfermedad

| FAMILIAR (ES) | 3.2 ...diabetes (o alta el azúcar en la sangre)? | | | 3.3 ...la presión alta? | | | 3.4 ...problemas del corazón? | | |
|---|---|----|------------|----------------------------|----|------------|----------------------------------|----|------------|
| | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe |
| a) Padre..... | 1 | 2 | _ _ / 8 | 1 | 2 | _ _ / 8 | 1 | 2 | _ _ / 8 |
| b) Madre..... | 1 | 2 | _ _ / 8 | 1 | 2 | _ _ / 8 | 1 | 2 | _ _ / 8 |
| c) Hermano (a) gemelo (a)..... ¿cuántos? | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 |
| d) Hermanos (as)..... ¿cuántos? | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 |
| e) Abuelos (as)..... ¿cuántos? | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 |
| f) Tíos (as)..... ¿cuántos? | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 |
| g) Hijos (as)..... ¿cuántos? | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 | _ _ _ / | 22 | 88 |

SECCION 4. SALUD REPRODUCTIVA

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

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

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

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

| | | |
|--|--|---|
| <p>4.13 Actualmente ¿usted o su pareja están haciendo algo para no tener hijos?</p> | <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 9 <input type="checkbox"/></p> | <p align="right">/ / /</p> <p>PASE A 4.15</p> <p>HOMBRE A 4.22</p> <p>MUJER A 4.18</p> |
| <p>4.14 ¿Están usted o su pareja operados para ya no tener hijos?</p> | <p>Sí ¿Quién?</p> <p>Ella (o él) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 4 <input type="checkbox"/></p> | <p align="right">/ / /</p> <p>PASE A 4.16</p> <p>PASE A 4.17</p> <p>HOMBRE A 4.22</p> <p>MUJER A 4.18</p> |
| <p>4.15 ¿Qué están actualmente haciendo usted o su pareja para no tener hijos?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;"> <p>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> </div> | <p>Operación femenina o ligadura 01</p> <p>Operación masculina o vasectomía 02</p> <p>Pastillas o píldoras 03</p> <p>Inyecciones 04</p> <p>Norplant 05</p> <p>Dispositivo, DIU 06</p> <p>Preservativo o condón 07</p> <p>Óvulos, jaleas o espumas 08</p> <p>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings 09</p> <p>Retiro o coito interrumpido 10</p> <p>Otro 77</p> <p>No responde 99</p> | <p align="right">/ / /</p> <p align="right">/ / /</p> <p align="right">/ / /</p> <p align="right">/ / /</p> <p align="right">/ / /</p> <p align="right">/ / /</p> <p align="right">/ / /</p> <p>HOMBRE A 4.22</p> <p>MUJER A 4.18</p> |

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

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

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

| | | |
|--|--|---|
| <p>4.20 ¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar?</p> | <p>Está amamantando o en puerperio 01 Actualmente está embarazada 02 Por menopausia natural 03 Le quitaron la matriz o los ovarios .. 04 Recibió radiaciones en la pelvis 05 Tomó medicamentos o quimioterapia 06 Otras razones 77 No sabe 88 No responde 99</p> | <p style="text-align: right;">/ / / PASE A 4.22</p> |
| <p>4.21 ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de reglar?</p> | <p>No sabe 88 No responde 99</p> | <p style="text-align: right;">/ / / años</p> |

SÓLO PARA QUIENES EN 4.1 REFIRIERON HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES

| | | |
|---|--|---|
| <p>4.22 En los últimos 12 meses ha tenido alguna de las siguientes enfermedades</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> | <p>verrugas genitales? 1 gonorrea? 2 sífilis? 3 otras enfermedades de transmisión sexual 7 Especifique Ninguna 0 No sabe 8 No responde 9</p> | <p style="text-align: right;">/ / / / / / / / / / / / / / /</p> <p style="text-align: right;">PASE A 5.1</p> |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <p>4.23 ¿Qué hizo cuando se enfermó de (mencione la última enfermedad señalada en pregunta anterior)?</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> | <p>¿Lo consultó con amigos(a) 01 ¿Usó remedios caseros? 02 ¿Usó medicamentos que tenía en casa o que anunciaban por televisión? 03 ¿Consultó a curanderos (a) o médico tradicional? 04 ¿Fue a la clínica/centro de salud o con promotor (a) o asistente de salud? 05 ¿Consultó un médico privado? ... 06 ¿Consultó al farmacéutico? 07 ¿Otro? 08 No hizo nada 00 No responde 99</p> | <p style="text-align: right;">/ / / / / / / / / / / / / / /</p> |
|---|--|---|

SECCIÓN 5. DIABETES MELLITUS

| 5.1 ¿Actualmente tiene alguna de estas molestias... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mucha sed?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>orina mucho?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>mucha hambre?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>pérdida de peso?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>visión borrosa?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | Sí | No | mucha sed? | 1 | 2 | orina mucho? | 1 | 2 | mucha hambre? | 1 | 2 | pérdida de peso? | 1 | 2 | visión borrosa? | 1 | 2 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|----|----|--------------------|----|---|--|----|---|----------------------|----|---|--|----|---|------------------------|----|---|--|----|--|--------|----|--|----------------|----|--|-------|----|--|------------|----|--|-----------|----|--|-----|----|--|-----|----|--|------|----|--|---------|----|--|-------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mucha sed? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| orina mucho? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mucha hambre? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pérdida de peso? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| visión borrosa? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 2px solid black;"></td> </tr> </table> | Sí | 1 | | No | 2 | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">PASE A 6.1</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Menos de un mes</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">00</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td></td> </tr> </table> | Menos de un mes | 00 | | No sabe | 88 | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">meses / <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> /</p> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">años/ <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> /</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menos de un mes | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No sabe | 88 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.4 ¿Cómo diagnosticó el médico que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Un examen de sangre</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Un examen de orina</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Por los síntomas que presentaba (molestias)</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> </tr> </table> | Un examen de sangre | 1 | | Un examen de orina | 2 | | Por los síntomas que presentaba (molestias) | 3 | | Otras | 7 | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Un examen de sangre | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Un examen de orina | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por los síntomas que presentaba (molestias) | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.5 ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar su azúcar en la sangre? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 2px solid black;"></td> </tr> </table> | Sí | 1 | | No | 2 | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">PASE A 5.10</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.6 ¿En dónde se atiende para controlar su diabetes? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">IMSS Solidaridad</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">01</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>IMSS</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SSA</td> <td style="text-align: center;">03</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIF</td> <td style="text-align: center;">04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DDF</td> <td style="text-align: center;">05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INI</td> <td style="text-align: center;">06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ISSSTE estatal</td> <td style="text-align: center;">07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ISSSTE</td> <td style="text-align: center;">08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marina/Defensa</td> <td style="text-align: center;">09</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PEMEX</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Particular</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cruz Roja</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEP</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ONG</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td style="text-align: center;">77</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td></td> </tr> </table> | IMSS Solidaridad | 01 | | IMSS | 02 | | SSA | 03 | | DIF | 04 | | DDF | 05 | | INI | 06 | | ISSSTE estatal | 07 | | ISSSTE | 08 | | Marina/Defensa | 09 | | PEMEX | 10 | | Particular | 11 | | Cruz Roja | 12 | | SEP | 13 | | ONG | 14 | | Otro | 77 | | No sabe | 88 | | No responde | 99 | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| IMSS Solidaridad | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMSS | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SSA | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIF | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DDF | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INI | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISSSTE estatal | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISSSTE | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marina/Defensa | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PEMEX | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Particular | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cruz Roja | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEP | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ONG | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro | 77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No sabe | 88 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No responde | 99 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

SECCIÓN 6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

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

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

SECCIÓN 7. ENFERMEDAD RENAL Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

| | | | |
|---|--|--|-----|
| 7.5 ¿Algún médico le ha dicho que padece (o padeció) alguna de las siguientes enfermedades reumáticas... | | Sí No | |
| | gota (ácido úrico alto)? | 1 2 | / / |
| | artritis por gota? | 1 2 | / / |
| | artritis reumatoide? | 1 2 | / / |
| | otras artritis? | 1 2 | / / |
| | otra enfermedad causante de inflamación o dolor? | 1 2 | / / |
| SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR CORRESPONDE EL CÓDIGO 1, CONTINÚE; SI NO, PASE A 7.7 | | | |
| 7.6 ¿Ha tomado algún medicamento para controlar su... VEA RESPUESTAS DE PREGUNTA ANTERIOR | | Sí No | |
| | gota (ácido úrico alto)? | 1 2 | / / |
| | artritis por gota? | 1 2 | / / |
| | artritis reumatoide? | 1 2 | / / |
| | otras artritis? | 1 2 | / / |
| | otra enfermedad causante de inflamación o dolor? | 1 2 | / / |
| 7.7 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto? | Sí No | 1 2 | / / |
| 7.8 ¿En general considera que su estado de salud en el último año ha sido..... | bueno? regular? malo? No sabe No responde | 1 2 3 8 9 | / / |

SECCIÓN 8. PROGRAMAS PREVENTIVOS

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

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

SECCIÓN 9. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES CLÍNICAS

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

SECCIÓN 10. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES BIOLÓGICAS

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

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

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

RESPECTO A LAS PERSONAS

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

OBLIGATORIEDAD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

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

OBSERVACIONES

RECUADRO DE CONTROL

| SUPERVISOR | CODIFICACIÓN | CAPTURA |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: | | |
| Clave: <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> |
| Fecha: <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> |