



CECASCAS

Personal information

Form: IP Version: 17/09/10

ID number														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SUB.MD

Control number														
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Visit date

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Interviewer number:

--	--	--

Instructions: Before starting this questionnaire read the informed consent to the participant. Complete this form for each eligible participant. All responses are important to complete fully, including the contacts. Use location codes at end for coding address.

I am going to ask you for your full name, address, and phone number. Please remember that all information that you give us is confidential, and only certified CESCASCAS I personnel will have access to this information.

A. Participant's identifying information

- First name: _____
 - Middle name: _____
 - First surname: _____

2. Document number:

a.

		.				.			
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

 -

--

 a.1. Check digit. Not for Argentina.

b. Type of document:

- | | | |
|----------|---|--------------------------|
| DNI | 1 | <input type="checkbox"/> |
| LC/LE | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Passport | 3 | <input type="checkbox"/> |
| CI | 4 | <input type="checkbox"/> |

3. Gender: Male 1 Female 2

IP3

Medical History (MHE)

ID number			-			-				
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

4. Date of birth: / / 19

B. Participant address/Phone

It is very important for this study to be able to reach you. Please provide us with your current home address. We will not give your address information to anyone else.

5. Current address

a- Name										
b- Number										
c- Unit Type										
d- Floor										
e- Department										
f- Neighborhood										
g- City										
h- Zip code										

6. E-mail address

ID number			-			-													
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Principal telephone number:

a.

b. What is the best time of day to reach you at this number?

Morning	1	<input type="checkbox"/>
Afternoon	2	<input type="checkbox"/>
Evening	3	<input type="checkbox"/>

8. Alternative telephone number:

a.

b. What is the best time of day to reach you at this number?

Morning	1	<input type="checkbox"/>
Afternoon	2	<input type="checkbox"/>
Evening	3	<input type="checkbox"/>

9. Cell phone number:

a.

b. What is the best time of day to reach you at this number?

Morning	1	<input type="checkbox"/>
Afternoon	2	<input type="checkbox"/>
Evening	3	<input type="checkbox"/>

C. Local contact 1

10. a. First name: _____

b. First surname: _____

11. Relation: _____

ID number			-			-							
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

12. Current direction of contact 1

a- Name																			
b- Number																			
c- Unit Type																			
d- Floor																			
e- Department																			
f- Neighborhood																			
g- City																			
h- Zip code																			

13. E-mail address

14. Principal telephone number:

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

15. Cell phone number:

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

ID number			-			-				
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

D. Local contact 2

16. a. First name: _____

b. First surname: _____

17. Relation: _____

18. Current direction of contact 2

a- Name

b- Number

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

c- Unit Type

--	--	--	--

d- Floor

--	--

e- Department

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

f- Neighborhood

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

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

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

g- City

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

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

h- Zip code

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

19. E-mail address

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

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

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

ID number			-			-								
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

20. Principal telephone number:

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

21. Cell phone number:

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

D. Local contact 3

22. a. First name: _____

b. First surname: _____

23. Relation: _____

24. Current direction of contact 3

a- Name

b- Number

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

c- Unit Type

--	--	--	--	--

d- Floor

--	--

e- Department

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

f- Neighborhood

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

g- City

h- Zip code

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

ID number			-			-								
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

25. E-mail address

26. Principal telephone number:

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

27. Cell phone number:

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

ID number			-			-				
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Personal History

Form: AP Version: 17/09/10

Instructions: The gray boxes contain phrases that you can use during the survey. Enter the answer given by the participant for each response. If age of onset is unknown enter the special missing value, "99", in the item.

Now I have some questions about your general health.

1. Has a doctor ever said that you have high blood pressure or hypertension?
No 1 **GO TO QUESTION 4** **AP1**
Yes 2 → **FOR WOMEN: GO TO QUESTION 1a**
FOR MEN: GO TO QUESTION 2

1a. Was this during pregnancy only?
No 1 → **GO TO QUESTION 2** **AP1A**
Yes 2 → **GO TO QUESTION 1b**

1b. Was occurred outside pregnancy?
No 1
Yes 2 **AP1B**

2- Have you ever taken medication regularly to control blood pressure?
No 1 → **GO TO QUESTION 4** **AP2**
Yes 2

3- Currently, do you continue to receive treatments or pills to control blood pressure?
No 1 → **GO TO QUESTION 4** **AP3**
Yes 2

3a-In the past week, have you ever forget to take medication to control blood pressure?
No 1
Yes 2 **AP3A**

4. Has a doctor ever said that you have high blood cholesterol?
No 1 → **GO TO QUESTION 6** **AP4**
Yes 2

5- Currently, do you continue to receive treatments or pills to control cholesterol?
No 1 → **GO TO QUESTION 6** **AP5**
Yes 2

5a-In the past week, have you ever forget to take medication to control cholesterol?
No 1
Yes 2 **AP5A**

ID number			-			-				
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

6. Has a doctor ever said that you have angina?

No 1
Yes 2

→ **GO TO QUESTION 7**

AP6

6a. At what age were you first told this?

Age in years

AP6A

7. Has a doctor ever said that you had a heart attack?

No 1
Yes 2

→ **GO TO QUESTION 8**

AP7

7a. At what age were you first told this?

Age in years

AP7A

8. Have you had a balloon angioplasty, a stent, or bypass surgery to the arteries in your heart to improve the blood flow to your heart?

No 1
Yes 2

AP8

9. Has a doctor ever said that you had heart failure?

No 1
Yes 2

AP9

10. Have you ever been told by a doctor that you have problems or damage of the heart valves? (Some names that may have used the health care professional are: stenosis, prolapse, insufficiency)

No 1
Yes 2

AP10

11. Have you ever been told by a doctor that you had atrial fibrillation (heart)?

No 1
Yes 2

AP11

12. Has a doctor ever said that you had Chagas disease?

No 1
Yes 2

AP12

13. Has a doctor ever said that you had a stroke?

No 1
Yes 2

AP13

14. Has a doctor ever said that you had a mini-stroke or TIA (transient ischemic attack)?

No 1
Yes 2

AP14

15. Have you had a balloon angioplasty or surgery to the arteries of your neck to prevent or correct a stroke?

No 1 AP15
Yes 2

16. Has a doctor ever said that you have an aortic aneurysm, an abdominal aortic aneurysm (AAA), or ballooning of your aorta?

No 1 AP16
Yes 2

17. Has a doctor ever said that you have peripheral arterial disease (problems with circulation, blocked arteries to the legs)?

No 1 → GO TO QUESTION 19 AP17
Yes 2

18. Have you had an operation, a balloon angioplasty, a stent, or an amputation for this condition?

No 1
Yes 2 AP18

19. Has a doctor ever said that you have diabetes (high sugar in blood or urine)?

No 1 → GO TO QUESTION 20 AP19
Yes 2

19a. At what age were you first told this?

Age in years AP19A

19b. FOR WOMEN: Was this during pregnancy only?

No 1
Yes 2 AP19B

19c. Are you being treated with insulin?

No 1 → GO TO QUESTION 19e AP19C
Yes 2

19d. Was insulin the first medicine used for diabetes?

No 1 AP19D
Yes 2

19e. Are you using pills for diabetes?

No 1 AP19E
Yes 2

19f. -In the past week, have you ever forget to take medication to control diabetes?

No 1
Yes 2 AP19F

20. Has a doctor ever said that you have kidney problems?

No 1 AP20
Yes 2

21. Have you had bleeding gums recently?

No 1
 Yes 2

AP21

22. Have you ever had loose teeth?

No 1
 Yes 2

AP22

23. Have you lost some of your teeth to gum disease? (Not including losses from injury, decay, etc)?

No 1
 Yes 2

AP23

24. Has a doctor ever said that you have cancer or a malignant tumor?

No 1 → **MEN GO TO Q 30, WOMEN TO Q 25**
 Yes 2 → **GO TO Q 24a**

AP24

24a. What type?

	No	Yes	
a1. Lung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a2. Breast	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a3. Cervical	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	(only for women)
a4. Blood/lymph glands	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a5. Testes/scrotum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	(only for men)
a6. Bone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a7. Melanoma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a8. Skin (not melanoma)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a9. Brain	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a10. Stomach	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a11. Colon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a12. Uterine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	(only for women)
a13. Prostate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	(only for men)
a14. Liver	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
a15. Other	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	

AP24A1
 AP24A2
 AP24A3
 AP24A4
 AP24A5
 AP24A6
 AP24A7
 AP24A8
 AP24A9
 AP24A10
 AP24A11
 AP24A12
 AP24A13

AP24A14

AP24A15

MEN → STOP, GO TO QUESTION 30

WOMEN → GO TO QUESTION 25

FOR WOMEN ONLY

25. At what age did your menses begin?

Age in years

AP25

26. Are you currently pregnant?

No 1
 Yes 2
 Don't know 9

→ **GO TO QUESTION 30**

AP26

27. Do you currently have menstrual periods?

- No 1
- Yes 2
- Don't know 9

→ **GO TO QUESTION 30**

AP27

28. Have you had a hysterectomy?

- No 1
- Yes, with removal of both ovaries 2
- Yes, without removal of both ovaries 3
- Yes, uncertain if ovaries removed 4

→ **GO TO QUESTION 29**

AP28

28a. Age at surgery? Age in years

AP28A

If the answer is with removal of both ovaries, go to question 30

29. Have you reached menopause (change of life)?

- No 1
- Yes 2
- Don't know 9

→ **GO TO QUESTION 30**

AP29

→ **GO TO QUESTION 30**

29a. At what age? Age in years

→ **GO TO QUESTION 34**

AP29A

30. Are you currently on a diet indicated by your doctor (you can check more than one option)

- No 1
- Yes, low salt 2
- Yes, low cholesterol 3
- Yes, to lose weight 4
- Yes, with no sugar 5
- Other 6

AP30

6a. If "Other" specify: _____

31. In food that is prepared in your home, do you add salt when cooking? (Check one option)

- No 1
- Rarely 2
- Sometimes 3
- Frequently 4
- Ever 5

AP31

32. Do you add salt to food on the table while eating? (Check one option)

- Never 1
- Rarely 2
- Sometimes 3
- Frequently 4
- Ever 5

AP32

Form: DHE	Number			-			-						
-----------	--------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Version: 17/09/10

Now we are interested in drugs or pills that you consume on a regular or scheduled, including aspirin, oral contraceptives, vitamins, etc. Please do not include medication taken occasionally, such as taking painkillers for a headache or antibiotic treatment is doing for a short period of time.

33. Medication

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____
- h) _____
- i) _____

- AP33A
- AP33B
- AP33C
- AP33D
- AP33E
- AP33F
- AP33G
- AP33H
- AP33I

Family History

Form: HF Version: 17/09/10

Instructions: The gray boxes contain phrases that you can use during the survey .Enter the answer given by the participant for each response.

Now I have some questions about family medical history. In some cases we will consult for their brothers or sisters. In such cases please do not consider in their response to half brothers or sisters.

1-Has a doctor ever said that these relatives had or have high blood pressure or hypertension?

- a. Mother No or Don't know 1 Yes 2 HF1A
- b. Father No or Don't know 1 Yes 2 HF1B
- c. Brother(s) or sister(s) No or Don't know 1 Yes 2 HF1C

2- Has a doctor ever said that these relatives had or have high blood cholesterol?

- a. Mother No or Don't know 1 Yes 2 HF2A
- b. Father No or Don't know 1 Yes 2 HF2B
- c. Brother(s) or sister(s) No or Don't know 1 Yes 2 HF2C

3- Has a doctor ever said that these relatives had or have angina?

- a. Mother No or Don't know 1 Yes 2 HF3A
- b. Father No or Don't know 1 Yes 2 HF3B
- c. Brother(s) or sister(s) No or Don't know 1 Yes 2 HF3C

4- Has a doctor ever said that these relatives had a heart attack?

- a. Mother No or Don't know 1 Yes 2 HF4A
- b. Sister(s) No or Don't know 1 Yes 2 HF4B

If the answers to Q4a and Q4b are negative → GO TO QUESTION 5

c. Did anyone (s) of these relatives have a heart attack before age 65?

- No 1
- Yes 2 HF4C

5- Has a doctor ever said that these relatives had a heart attack?

- a. Father No or Don't know 1 Yes 2 HF5A
- b. Brother (s) No or Don't know 1 Yes 2 HF5B

If the answers to Q5a and Q5b are negative → GO TO QUESTION 6

c. Did anyone (s) of these relatives have a heart attack before age 55?

- No 1
- Yes 2 HF5C

6- Has a doctor ever said that these relatives had or have a stroke?

- a. Mother No or Don't know 1 Yes 2 HF6A
- b. Father No or Don't know 1 Yes 2 HF6B
- c. Brother(s) or sister(s) No or Don't know 1 Yes 2 HF6C

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

If the answers to Q6a and Q6b are negative → **GO TO QUESTION 7**

d. Did anyone (s) of these relatives have a heart attack before age 50?

No 1
Yes 2

HF6D

7-Has a doctor ever said that these relatives had or have diabetes?

a. Mother	No or Don't know	1 <input type="checkbox"/>	Yes	2 <input type="checkbox"/>
b. Father	No or Don't know	1 <input type="checkbox"/>	Yes	2 <input type="checkbox"/>
c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	1 <input type="checkbox"/>	Yes	2 <input type="checkbox"/>
d. Son(s) or daughter(s)	No or Don't know	1 <input type="checkbox"/>	Yes	2 <input type="checkbox"/>
e. Grandparents, uncles or cousins	No or Don't know	1 <input type="checkbox"/>	Yes	2 <input type="checkbox"/>

HF7A
HF7B
HF7C
HF7D
HF7E

8- Has your mother or sister suffered sudden or cardiac death before age 65?

No 1
Yes 2

HF8

9- Has your father or brother suffered sudden or cardiac death before age 55?

No 1
Yes 2

HF9

ID number																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Respiratory Questionnaire

Form: AR Version: 24/08/10

Instructions: The gray boxes contain phrases that you can use during the survey. Enter the answer given by the participant for each response.

The following questions are about respiratory or chest symptoms. If you are in doubt whether the answer is "Yes" or "No", answer "No".

A. Respiratory Symptoms

- In the past 12 months, have you had a cough on most days or nights of the week during at least three months in a row? (*"Most" means at least 4 days or nights per week*)
No 1
Yes 2 AR1
- Have you had a cough on getting up or first thing in the morning on most mornings (at least 4 per week) for at least three months in a row?
No 1
Yes 2 AR2
- If **"YES"** to Question 1 OR Question 2, for how many years have you had this cough?
 Years AR3
- In the past 12 months, have you brought up phlegm from your chest on most days or nights of the week during at least three months in a row? (*"Most" means at least 4 days or nights per week*)
No 1
Yes 2 AR4
- Have you brought up phlegm on getting up or first thing in the morning on most mornings (at least 4 per week) for at least three months in a row?
No 1
Yes 2 AR5
- If **"YES"** to Question 4 or Question 5, for how many years have you had trouble with this phlegm?
 Years AR6
- Have you ever had wheezing or whistling in your chest?
No 1 → GO TO QUESTION 18 AR7
Yes 2
- About how old were you when you first had wheezing or whistling in your chest?
 Age in years (*Answer "1" if younger than 1 year*) AR8
- Have you ever had an attack of wheezing or whistling in your chest that made you feel short of breath?
No 1 → GO TO QUESTION 13 AR9
Yes 2

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. About how old were you when you had your first such attack? If don't answer type "99".

Age in years (Answer "1" if younger than 1 year)

AR10

11. Have you had 2 or more such attacks?

No 1
Yes 2
Don't know 9

AR11

12. Have you ever required medicine or treatment for such attacks?

No 1
Yes 2
Don't know 9

AR12

13. In the last 12 months, have you had wheezing or whistling in your chest at any time?

No 1 → **GO TO QUESTION 18**
Yes 2

AR13

In the last 12 months, does your chest ever sound wheezy or whistling...

14. When you have a cold?

No 1
Yes 2

AR14

15. Occasionally apart from colds?

No 1
Yes 2

AR15

16. More than once a week?

No 1
Yes 2

AR16

17. Most days and nights?

No 1
Yes 2

AR17

18. In the last 12 months, have you been awakened from sleep either by coughing (apart from a cough associated with a cold or chest infection) or by shortness of breath or a feeling of tightness in your chest?

No 1
Yes 2

AR18

19. When you are near animals (such as cats, dogs, or horses) or near feathers (including pillows, quilts or comforters) or in a dusty or moldy part of the house, do you ever:

	No	Yes	
a. start to cough, wheeze, feel short of breath, or feel a tightness in your chest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AR19A

b. get a runny or stuffy nose or start to sneeze, or get itching or watering eyes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AR19B
--	----------------------------	----------------------------	-------

ID number										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20. When you are near trees, grass, or flowers, or when there is a lot of pollen in the air, do you ever:

	No	Yes	
a. start to cough, wheeze, feel short of breath, or feel a tightness in your chest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AR20A
b. get a runny or stuffy nose, start to sneeze, or get itching or watering eyes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AR120B

21. Have you ever had allergen skin testing?

No	1 <input type="checkbox"/>	AR21
Yes	2 <input type="checkbox"/>	

22. Do you have chronic sinusitis?

No	1 <input type="checkbox"/>	AR22
Yes	2 <input type="checkbox"/>	

23. When you exercise or exert yourself or when the air is cold, do you ever start to cough, wheeze, feel short of breath, or feel tightness in your chest?

No	1 <input type="checkbox"/>	AR23
Yes	2 <input type="checkbox"/>	

24. Are you troubled by shortness of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill?

No	1 <input type="checkbox"/>	→ GO TO QUESTION 29
Yes	2 <input type="checkbox"/>	AR24

25. Do you have to walk slower than people of your age on level ground because of shortness of breath?

No	1 <input type="checkbox"/>	AR25
Yes	2 <input type="checkbox"/>	
Does not apply	8 <input type="checkbox"/>	

26. Do you ever have to stop for breath when walking at your own pace on level ground?

No	1 <input type="checkbox"/>	AR26
Yes	2 <input type="checkbox"/>	
Does not apply	8 <input type="checkbox"/>	

27. Do you ever have to stop for breath after walking about 100 yards (or after a few minutes) on level ground?

No	1 <input type="checkbox"/>	AR27
Yes	2 <input type="checkbox"/>	
Does not apply	8 <input type="checkbox"/>	

28. Are you too short of breath to leave the house or short of breath on dressing or undressing?

No	0 <input type="checkbox"/>	AR28
Yes	1 <input type="checkbox"/>	
Does not apply	8 <input type="checkbox"/>	

ID number																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

35. Do you still have it?

- No 1
Yes 2 → **GO TO QUESTION 37**
Don't know 9

AR35

36. At what age did it stop? If don't remember type "99".

Age in years (Answer "01" if younger than 1 year)

AR36

37. In the past 12 months, have you received medical treatment, taken medications or used an inhaler for asthma?

- No 1
Yes 2

AR37

38. Have you ever had hay fever (allergy involving the nose and/or eyes)?

- No 1 → **GO TO QUESTION 40**
Yes 1
Don't know 9 → **GO TO QUESTION 40**

AR38

39. In the past 12 months, have you received medical treatment, taken medications or used a nasal spray for hay fever?

- No 1
Yes 2

AR39

40. Has a doctor ever told you that you had pneumonia or bronchopneumonia?

- No 1 → **GO TO QUESTION 42**
Yes 2
Don't know 9 → **GO TO QUESTION 42**

AR40

41. At about what age did you first have pneumonia or bronchopneumonia?

Age in years (Answer "01" if younger than 1 year)

AR41

If age is known → GO TO QUESTION 42

If you do not remember the exact age → WRITE "99" and CONTINUE TO QUESTION 41a

41a. Did it happen in childhood?

- No 1
Yes 2
Don't know 9

AR41A

42. Has a doctor ever told you that you had chronic bronchitis?

- No 1 → **GO TO QUESTION 44**
Yes 2
Don't know 9 → **GO TO QUESTION 44**

AR42

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43. At about what age did you first have chronic bronchitis?
 Age in years (Answer "01" if younger than 1 year)

AR43

If age is known → **GO TO QUESTION 44**

If you do not remember the exact age → **WRITE "99" and CONTINUE TO QUESTION 43a**

43a. Did it happen in childhood?

No 1
 Yes 2
 Don't know 9

AR43A

44. Has a doctor ever told you that you had COPD (chronic obstructive pulmonary disease) or emphysema?

No 1 → **GO TO QUESTION 47**
 Yes 2
 Don't know 9 → **GO TO QUESTION 47**

AR44

45. At about what age did it start? If don't remember type "99".

Age in years (Answer "01" if younger than 1 year)

AR45

46. In the past 12 months, have you received medical treatment, taken medications or used an inhaler for COPD or emphysema?

No 1
 Yes 2
 Don't know 9

AR46

C. Family History Questions

The following questions refer to blood relatives. When asked about siblings, do not include half-brothers or half-sisters.

47. Has a doctor ever said that these relatives had an attack of asthma?

a. Mother No or Don't know 1 Yes 2
 b. Father No or Don't know 1 Yes 2
 c. Sibling(s) No or Don't know 1 Yes 2

AR47A
AR47B
AR48C

48. Has a doctor ever said that these relatives had chronic bronchitis, COPD or emphysema?

a. Mother No or Don't know 1 Yes 2
 b. Father No or Don't know 1 Yes 2
 c. Sibling(s) No or Don't know 1 Yes 2

AR48A
AR48B
AR48C

49. Has a doctor ever said that these relatives had hay fever (allergy involving the nose and/or eyes)?

a. Mother No or Don't know 1 Yes 2
 b. Father No or Don't know 1 Yes 2
 c. Sibling(s) No or Don't know 1 Yes 2

AR49A
AR49B
AR49C

ID number																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Body Mass

Form: MC Version: 17/09/10

Instructions: The gray boxes contain phrases you can use during the survey. Enter the answer given by the participant for each question.

These set of questions asks about your height and weight at different ages since age 21. If you don't remember exactly, give your best guess.

1. How tall were you (without shoes on) at about **age 21** (your tallest adult height)? (Enter height in inches).

 Centimeters

2. What was your weight at about **age 21**? (Women, when you were not pregnant. Enter the weight in kilograms, not allowed decimal).

 Kilograms

ONLY PEOPLE > 45 YEARS OLD

3. What was your weight at about **age 45**? (Women, when you were not pregnant). Enter weight in kilograms, not allow decimals. If the participant is under 45 years will continue to question 5. If don't know or no answer type "999".

 Kilograms

ONLY PEOPLE > 65 YEARS OLD

4. What was your weight at about **age 65**? Enter weight in kilograms, not allow decimals. If the participant is under 65 years will continue to question 5. If don't know or no answer type "999".

 Kilograms

5. What is your **current** weight? If don't know or not answer type "999".

 Kilograms

6. What is your **current** height? If don't know or not answer type "999".

 Centimeters

7. How much has your weight changed in the last 12 months?

 Kilograms

(If no change enter "000") → **END QUESTIONNAIRE**

ID number			■		■				
-----------	--	--	---	--	---	--	--	--	--

8. Was this change a loss or a gain?

Loss 1
Gain 2

MC8

9. Did you lose/gain weight because you were trying to lose/gain weight?

No 1
Yes 2

MC9

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Claudication Questionnaire

Formulario: MI Versión: 17/09/2010

Instructions: The gray boxes contain phrases that you can use during the survey .Enter the answer given by the participant for each response.

ONLY FOR PERSONS 45 YEARS OR MORE

Now I have some questions about your general health.

1. Do you get pain or discomfort in either leg on walking?

- No 1
- Yes 2

→ END QUESTIONNAIRE

MI1

1a. In which leg(s)?

Right leg

- 1

→ ADMINISTER QUESTION 2 – QUESTION 7

Left leg

- 2

→ GO TO QUESTION 7

MI1A

Both legs

- 3

→ ADMINISTER QUESTION 2 – QUESTION 11

A. Right Leg

2. Does this pain ever begin when you are standing still or sitting?

- No 1
- Yes 2

MI2

3. Does this pain include your calf/calves?

- No 1
- Yes 2

MI3

4. Do you get it when you walk at an ordinary pace on the level?

- No 1
- Yes 2

MI4

5. What do you do if you get it when you are walking?

- Stop or slow down 1
- Continue on 2

MI5

6. What happens to the pain if you stand still?

(Interviewer: response categories refer to pain)

- Lessened or relieved 1
- Unchanged 2

MI6

B. Left Leg

7. Does this pain ever begin when you are standing still or sitting?

- No 1
- Yes 2

MI7

8. Does this pain include your calf/calves?

- No 1
- Yes 2

MI8

ID number										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Do you get it when you walk at an ordinary pace on the level?

- No 1
Yes 2



10. What do you do if you get it when you are walking?

- Stop or slow down 1
Continue on 2



11. What happens to the pain if you stand still?

(Interviewer: response categories refer to pain)

- Lessened or relieved 1
Unchanged 2



ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tobacco

Form: CT Versión: 17/09/10

Control number																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Instructions: The gray boxes contain phrases that you can use during the survey. The white boxes contain reminders to guide you to complete the questionnaire correctly. Enter the answer given by the participant for each question. In some cases, the age question was the participant as when started using tobacco every day. If the age of onset is unknown enter the special code for missing values: '99'.

I would now like to ask you some questions about smoking tobacco, including: cigarettes, cigars, pipes. Please do not answer about smokeless tobacco at this time.

1. Do you currently smoke tobacco on a daily basis, less than daily, or not at all?

- | | | | | |
|-----------------|---|--------------------------|---|-----------|
| Daily | 1 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 4 |
| Less than daily | 2 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 2 |
| Not at all | 3 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 3 |

CT1

2. In the past, have you smoked tobacco on a daily basis, less than daily, or not at all?

- | | | | | |
|------------------|---|--------------------------|---|------------|
| Daily | 1 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 8 |
| Less than daily | 2 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 10 |
| Not at all | 3 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 12 |

CT2

3. In the past, have you smoked tobacco products every day, some days or never smoked?

INTERVIEWER: if respondent has done both “daily” and “less than daily” in the past, check “daily”

- | | | | | |
|-----------------|---|--------------------------|---|------------|
| Daily | 1 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 13 |
| Less than daily | 2 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 15 |
| Not at all | 3 | <input type="checkbox"/> | → | SKIP TO 18 |

CT3

[CURRENT DAILY SMOKERS]

4. How old were you when you first started smoking tobacco daily? If you don't remember, enter "99".

		Years old
--	--	-----------

CT4

Interviewer: If Q4 = 99, ask Q5. Otherwise, SKIP TO 6

5. How many years ago did you first start smoking tobacco daily? If you don't remember, enter "99".

		Years
--	--	-------

CT5

6. On average, how many of the following products do you currently smoke each day?

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Interviewer:

- if respondent reports smoking the product but not every day, enter "888". If don't know, enter "999".
- if respondent reports not smoking at all, enter "000"
- if respondent reports in packs or cartons, probe to find out how many are in each and calculate total number.

Read each item:

a. Manufactured cigarettes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Per day	<input type="button" value="CT6A"/>
b. Hand -rolled cigarettes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Per day	<input type="button" value="CT6B"/>
c. Pipes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Per day	<input type="button" value="CT6C"/>
d. Cigars/cheroots	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Per day	<input type="button" value="CT6D"/>
e. Any others	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Per day	<input type="button" value="CT6E"/>

e.1 → Specify type:

7. How soon after you wake up do you usually have your first smoke? Would you say...

Less than 5 minutes	1	<input type="checkbox"/>	<input type="button" value="CT7"/>
5 to 30 minutes	2	<input type="checkbox"/>	
31 to 60 minutes	3	<input type="checkbox"/>	
More than 60 minutes	4	<input type="checkbox"/>	

Interviewer: SKIP TO 17

[CURRENT LESS THAN DAILY SMOKERS]

8. How old were you when you first started smoking tobacco daily? If you don't remember, enter "99".

Years old

Interviewer: If Q8 = 99, ask Q9. Otherwise, SKIP TO 12

9. How many years ago did you first start smoking tobacco daily? If you don't remember, enter "99".

Years

10. How old were you when you first started smoking tobacco? If you don't remember, enter "99".

Years old

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Interviewer: If Q10 = 99, ask Q11. Otherwise, SKIP TO 12

11. How many years ago did you first start smoking tobacco? If you don't remember, enter "99".

		Years
--	--	-------

CT11

12. How many of the following do you currently smoke during a usual week?

Interviewer:

- if respondent reports smoking the product but not every day, enter "888". If don't know, enter "999".
- if respondent reports not smoking at all, enter "000"
- if respondent reports in packs or cartons, probe to find out how many are in each and calculate total number.

Read each item:

- a. Manufactured cigarettes

 per week
- b. Hand -rolled cigarettes

 per week
- c. Pipes

 per week
- d. Cigars/cheroots

 per week
- e. Any others

 per week

CT12A

CT12B

CT12C

CT12D

CT12E

e1 → Specify type: _____

CT12E1

Encuestador: SKIP TO 17

[FORMER SMOKERS]

13. How old were you when you first started smoking tobacco daily? If you don't remember, enter "99".

		Years old
--	--	-----------

CT13

Interviewer: If Q13 = 99, ask Q14. Otherwise, SKIP TO 15.

14. How many years ago did you first start smoking tobacco daily? If you don't remember, enter "99".

		Years
--	--	-------

CT14

ID number																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. How long has it been since you stopped smoking?

Interviewer: only interested in when respondent stopped smoking regularly -- do not include rare instances of smoking. Enter unit and number.

CT15

Years	1	<input type="checkbox"/>			CT151
Months	2	<input type="checkbox"/>			CT152
Weeks	3	<input type="checkbox"/>			CT153
Days	4	<input type="checkbox"/>			CT154

Interviewer: if Q15 < 1 YEAR (< 12 MONTHS), SKIP TO 16. Otherwise, SKIP TO 17.

16. During the past 12 months, did you use any of the following to try to stop smoking tobacco?

Read each item:

a. Counseling, including at a smoking cessation clinic	..... 1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	Sí	CT16A
b. Nicotine replacement therapy, such as the patch or gum	....			1	<input type="checkbox"/>		CT16B
c. Other prescription medications, for example <i>bupropión (Odranal®), Zybac®), varenicline (Champix®)</i>				1	<input type="checkbox"/>		CT16C
d. Traditional medicines, for example <i>curanderos, sanadores, láser, acupuntura</i>				1	<input type="checkbox"/>		CT16D
e. A quit line or a smoking telephone support line	..... 1	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>		CT16E
f. Switching to smokeless tobacco	..... 1	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>		CT16F
g. Anything else	..... 1	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>		CT16G
g.1 Specify: _____							CT16G1

17. Throughout your life have you smoked at least 100 cigarettes?

No 1
Yes 2

CT17

[SMOKELESS TOBACCO]

Introduction: The next questions are about using smokeless tobacco.

18. Do you currently use smokeless tobacco on a daily basis, less than daily, or not at all?

Daily 1 → **SKIP TO 20**
 Less than daily 2 → **SKIP TO 19**
 Not at all 3 → **SKIP TO 19**

CT18

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

22. Thinking about the last time you tried to quit, how long did you stop smoking?

Interviewer: Enter unit and number. If less than one day (24 hours), then leave the space blank and mark below.

CT22							
Years	1	<input type="checkbox"/>	CT22A				
Months	2	<input type="checkbox"/>	CT22B				
Weeks	3	<input type="checkbox"/>	CT22C				
Days	4	<input type="checkbox"/>	CT22D				
Less than one day (24 Hours)	5	<input type="checkbox"/>	CT22E				

23. During the past 12 months, did you use any of the following to try to stop smoking tobacco?

READ EACH ITEM: |

	No	Sí	
a. Counseling, including at a smoking cessation clinic?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	CT23A
b. Nicotine replacement therapy, such as the patch or gum? ..		1 <input type="checkbox"/>	CT23B
c. Other prescription medications, for example <i>bupropión (Odranal®, Zybac®)</i> , <i>varenicline (Champix®)</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	CT23C
d. Traditional medicines, for example healers, healers, laser acupuncture		1 <input type="checkbox"/>	CT23D
e. A quit line or a smoking telephone support line ..		1 <input type="checkbox"/>	CT23E
f. Switching to smokeless tobacco	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	CT23F
g. Anything else?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	CT23G
g.1 Specify: _____			CT23G1

[SECONDHAND SMOKE]

Introduction: *Now I would like to ask you some questions about how often you are in contact with people who smoke.*

24. During the last 7 days, how many days did someone smoked in your house while you where there?

0 days	1	<input type="checkbox"/>	
1 a 2 days	2	<input type="checkbox"/>	CT24
3 a 4 days	3	<input type="checkbox"/>	
5 a 6 days	4	<input type="checkbox"/>	
7 days	5	<input type="checkbox"/>	
Don't know	9	<input type="checkbox"/>	

ID number										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

25. During the last 7 days, how many days did someone smoked where you work (in the building, at your work station or office) while you where there?

- 0 days
- 1a 2 days
- 3 a 4 days
- 5 a 6 days
- 7 days
- Don't work indoors
- Don't know

CT25

[POLLUTANTS IN THE HOME]

Introduction: *Now I would like to ask you some questions about other types of smoke that can occur at home.*

POLLUTANTS USE FOR COOKING							
26	At some point have you used in your house... to cook? [1=No; 2=Yes; 9=Don't know] IMPORTANT: place on each option, the number corresponding to the answer.						
27	For how many years did you utilize.... to cook in your house?						
28	How long on average day are/were you in the house when your family cooked with...?						
29	How often did/do you utilize...? [1 = Everyday; 2 = Weekly; 3 = Monthly or less; 9 = Don't know] IMPORTANT: place on each option, the number corresponding to the answer.						
	Materials	26	27		28		29
			Years	Months	Hours	Minutes	
	a. Wood	CT26A	CT27AA	CT27AM	CT28AH	CT28AM	<input type="checkbox"/>
	b. Coal	CT26B	CT27BA	CT27BM	CT28BH	CT28BM	<input type="checkbox"/>
	c. Kerosene/paraffin	CT26C	CT27CA	CT27CM	CT28CH	CT28CM	<input type="checkbox"/>
	d. Gas cylinder	CT26D	CT27DA	CT27DM	CT28DH	CT28DM	<input type="checkbox"/>
	e. Electricity	CT26E	CT27EA	CT27EM	CT38EH	CT28EM	<input type="checkbox"/>
	f. Network gas	CT26F	CT27FA	CT27FM	CT28FH	CT28FH	<input type="checkbox"/>
	d. Others	CT26G	CT27GA	CT27GM	CT28GH	CT28GH	<input type="checkbox"/>
30	¿Where do you usually cook?				1	Outside the house	<input type="checkbox"/>
					2	Inside the house	<input type="checkbox"/>
					8	Don't know/remember	<input type="checkbox"/>
					9	Refuse to respond	<input type="checkbox"/>

ID number									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POLLUTANTS USE FOR HEATING

- 31 At some point have you used in your house... to heat? [1=No; 2=Yes; 9=Don't know]
IMPORTANT: place on each option, the number corresponding to the answer.
- 32 For how many years did you utilize.... to heat your house?
- 33 How many months a year have you used ... to heat your house?
- 34 On an average week, how many days was used...?
- 35 How long on average day have you usedto heat your house?

Materials	31	32	33	34	35	
		Years	Months	Days	Hours	Minutes
a. Wood	CT31A	CT32A	CT33A	CT34A	CT35AH	CT35AM
b. Coal	CT31B	CT32B	CT33B	CT34B	CT35BH	CT35BM
c. Kerosene/ paraffin	CT31C	CT32C	CT33C	CT34C	CT35CH	CT35CM
d. Gas cylinder	CT31D	CT32D	CT33D	CT34D	CT35DH	CT35DM
e. Electricity	CT31E	CT32E	CT33E	CT34E	CT35EH	CT35EM
f. Gas natural o de red	CT31F	CT32F	CT33F	CT34F	CT35FH	CT35FM
g. Others	CT31G	CT32G	CT33G	CT34G	CT35GH	CT35GM

36. Describe the heater you use

- | | | | |
|--|-------|--------------------------|----------------------------|
| | | No | Si |
| a. Gas stove with a balanced draft (with outgoing calls) | CT36A | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Gas unvented stove / gas screen | CT36B | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Kerosene/ paraffin stove with outgoing calls | CT36C | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. Kerosene/ paraffin unvented stove | CT36D | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| e. Kerosene/ paraffin stove "Toyotomi " type | CT36E | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| f. Wood stoves with outgoing calls | CT36F | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| g. Salamandra or unvented fireplaces | CT36G | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| h. Brazier | CT36I | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| i. Others | CT36I | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

ID number			-			-					
-----------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

Alcohol Use Questionnaire

Form: CA Versión: 17/09/10

Identification number			-			-				
-----------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Instructions: The gray boxes contain phrases that you can use during the survey. Enter the answer given by the participant for each response.

Now I have some questions about alcohol consume.

The next questions are about alcoholic beverages. Serving sizes for alcohol use in "standard drink" units are as follows: Beer = 12oz. glass or 355ml bottle; Wine = 3.5oz glass, 1 bottle = 750ml = 8 glasses; Hard spirits = 1.5oz. or 1 shot.

1. Do you presently drink alcoholic beverages?

No 1 → **GO TO QUESTION 9**
Yes 2

CA1

2. How many glasses of red wine do you usually have per week?

(if less than 1 per week enter "00")

CA2

3. How many glasses of white wine do you usually have per week?

(if less than 1 per week enter "00")

CA3

4. How many glasses of rosé wine do you usually have per week?

(if less than 1 per week enter "00")

CA4

5. How many cans, bottles, or glasses of beer do you usually have per week? Beer includes more traditional beverages such as pulque and chicha.

(if less than 1 per week enter "00")

CA5

6. How many drinks of liquor, spirits, or mixed drinks do you usually have per week? Spirits includes liquor such as whiskey, vodka, tequila, rum, and mixed drinks such as martinis, as well as more traditional beverages such as aguardiente and cañita. (1 serving = 1.5 oz or 1 shot)

(if less than 1 per week enter "00")

CA6

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Does your work involve moderate-intensity activity that causes small increases in breathing or heart rate such as brisk walking or carrying light loads for at least 10 minutes continuously?

No 1 → **GO TO QUESTION 7**
Yes 2

AF4

5. In a typical week, on how many days do you do moderate-intensity activities as part of your work?

Days a week

AF5

6. How much time do you spend doing moderate-intensity activities at work, or as part of your work, on a typical day when you do moderate-intensity activities as part of your work?

Hr. Min.

AF6H

AF6M

B. Walking or Bicycling for Transportation

The next questions exclude the physical activities at work that you have already mentioned. Now I would like to ask you about the usual way you travel to and from places, for example to work, for shopping, to market, to place of worship.

7. Do you walk or bicycle (pedal cycle) for at least 10 minutes continuously to get to and from places?

No 1 → **GO TO QUESTION 10**
Yes 2

AF7

8. In a typical week, on how many days do you walk or bicycle to get to and from places?

Days a week

AF8

9. On a typical day when you walk or bicycle to get to and from places, how much total time do you spend walking or bicycling to get to and from places?

Hr. Min.

AF9H

AF9M

C. Leisure Time Physical Activity

Now I would like to ask you about sports, fitness, and recreational (leisure) activities. The next questions exclude the work and transportation activities you have already mentioned. Please do not include any activities you have already mentioned.

10. Do you do any vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities that cause large increases in breathing or heart rate such as running, soccer, football, or basketball for at least 10 minutes continuously?

No 1 → **GO TO QUESTION 14**
Yes 2

AF10

ID number									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. What kind of activities do you do? *(Read all activities)*

	No	Yes	
a. Running	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11A
b. Soccer/football/ Basketball	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11B
c. High Intensity Aerobics	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11C
d. Tennis single	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11D
e. Indoor cycling/spinning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11E
f. Hard Lap swimming	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11F
g. Walking uphill	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11G
h Other	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF11H

h.1. Please specify: _____ AF11H1

12. In a typical week, on how many days do you do vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

Days a week AF12

13. How much time do you spend doing vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities on a typical day when you do vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

Hr. Min.
AF13H AF13M

14. Do you do any moderate-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities that cause small increases in breathing or heart rate such as brisk walking, cycling, swimming, volleyball or karate for at least 10 minutes continuously?

No 1 → GO TO QUESTION 18 AF14
 Yes 2

15. What kind of activities do you do? *(Read all activities)*

	No	Yes	
a. Walking at a moderate pace	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15A
b. Play with children	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15B
c. Weight lifting for fitness	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15C
d. Tennis (doubles)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15D
e. Swimming laps	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15E
f. Indoor cycling (<20 km/h)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15F
g. Golf	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15G
h. Dance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15H
i. Volleyball	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15I
j. Other	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	AF15J

J.1. Please specify: _____ AF15J1

16. In a typical week, on how many days do you do moderate-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

Days a week AF16

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. How much time do you spend doing moderate-intensity sports, fitness or recreational activities on a typical day when you do moderate-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities? (If do not know or remember, enter "9" in all the boxes)

		Hr.			Min.
AF17H			AF17M		

D. Sedentary

The following question is about sitting or reclining at work, at home, getting to and from places, or with friends including time spent sitting at a desk, sitting with friends, traveling in a car, bus, train, reading, playing cards, watching television, movies or videos, but do not include time spent sleeping.

18. How much time do you usually spend sitting or reclining on a typical day? (If do not know or remember, enter "9" in all the boxes)

		Hr.			Min.
AF18H			AF18M		

E. Sleep

The following two questions refer to the times you get in and out of bed in order to sleep (not including naps).

19. What time do you usually get into bed? (If do not know or remember, enter "9" in all the boxes)

			Hr.			Min.	(00:00-23:59)
a. On weekdays?	AF19AH			AF19AM			
b. On weekends?	AF19BH			AF19BM			

20. What time do you usually wake up? (If do not know or remember, enter "9" in all the boxes)

			Hr.			Min.	(00:00-23:59)
a. On weekdays?	AF20AH			AF20AM			
b. On weekends?	AF20BH			AF20BM			

21. During a usual week, how many times do you nap for 5 minutes or more?

None	1		AF21
1 or 2 times	2		
3 or 4 times	3		
5 or more times	4		
Don't know	9		

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

22 How often do you snore now? (Mark only one)

- Never 1
- Rarely (1-2 nights a week) 2
- Sometimes (3-5 nights a week) 3
- Always or almost always (6-7 nights a week) 4
- Don't know 9



23. How often do you have times when you stop breathing during your sleep?

- Never 1
- Rarely (1-2 nights a week) 2
- Sometimes (3-5 nights a week) 3
- Always or almost always (6-7 nights a week) 4
- Don't know 9



ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quality of Life

Form: CV Versión: 17/09/10

Control Number																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Instructions: The gray boxes contain phrases that you can use during the survey. Enter the answer given by the participant for each response.

General questions.

1. In general, would you say your health is:

- Excellent 1
- Very good 2
- Good 3
- Fair 4
- Poor 5

CV1

2. The following questions are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

- | | Yes,
limited
a lot
▼ | Yes,
limited
a little
▼ | No, not
limited
at all
▼ |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Moderate activities, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, playing golf or walking for more than 1 hour | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

CV2A

- | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| b. Climbing several flights of stairs. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

CV2B

3. During the last 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular activities as a result of your physical health?

- | | All of the
time
▼ | Most of
the time
▼ | Some of
the time
▼ | A little of the
time
▼ | None
of the
time
▼ |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| a. Accomplished less than you would like? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. Were limited in the kind of work or other activities? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

CV3A

CV3B

ID number										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. During the last 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

	CV4A	All of the time ▼	Most of the time ▼	Some of the time ▼	A little of the time ▼	None of the time ▼
a. <u>Accomplished</u> less than you would like?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Did you do your work or other activities as <u>carefully</u> as usual?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

5. During the last 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

- Not at all 1
- A little bit 2
- Moderately 3
- Quite a bit 4
- Extremely 5

CV5

6. The next questions are about how you feel and how things have been during the last 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the last 4 weeks...

	CV6A	All of the time ▼	Most of the time ▼	Some of the time ▼	A little of the time ▼	None of the time ▼
a. have you felt calm?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. did you have a lot of energy?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. have you felt downhearted or blue?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

7. During the last 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting with friends or relatives)?

- All the time 1
- Most of the time 2
- Some of the time 3
- A little of the time 4
- None of the time 5

CV7

ID number									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Please indicate which statement you would choose to describe your health state today.

8. Mobility

CV8

- No problems in walking about 1
- Some problems in walking about 2
- Confined to bed 3

9. Self-Care

CV9

- No problems with self-care 1
- Some problems washing or dressing myself 2
- Unable to wash or dress myself 3

10. Usual Activities

CV10

(e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

- No problems with performing my usual activities 1
- Some problems with performing my usual activities 2
- Unable to perform my usual activities 3

11. Pain/Discomfort

CV11

- No pain or discomfort 1
- Moderate pain or discomfort 2
- Extreme pain or discomfort 3

12. Anxiety/Depression

CV12

- Not anxious or depressed 1
- Moderately anxious or depressed 2
- Extremely anxious or depressed 3

13. Health State

To help people say how good or bad a health state is, we have drawn a scale (rather like a thermometer) on which the best state you can imagine is marked 100 and the worst state you can imagine is marked 0.

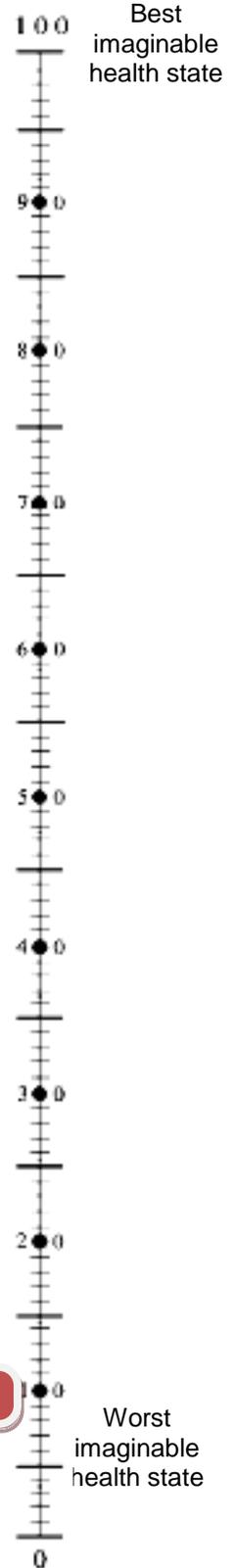
Your health state today

We would like you to indicate on this scale how good or bad you would say your health is today. Please do this by drawing a line from the box below to whichever point on the scale indicates how good or bad you would say your health is today.

SCORE

--	--	--

CV13



ID number									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. During the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

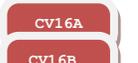
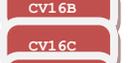
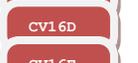
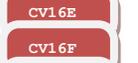
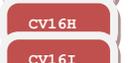
	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day	
a. Little interest or pleasure in doing things	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
b. Feeling down, depressed or hopeless	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
c. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
d. Feeling tired or having little energy	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
e. Poor appetite or overeating	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
f. Feeling bad about yourself-or that you are a failure or have let yourself or your family down	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
g. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
h. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite-being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
i. Thoughts that you would be better off dead, or hurting yourself in some way	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	 

15. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care at things at home, or get along with other people?

1 <input type="checkbox"/>	Not difficult at all	2 <input type="checkbox"/>	Somewhat difficult	3 <input type="checkbox"/>	Very difficult	4 <input type="checkbox"/>	Extremely difficult
----------------------------	----------------------	----------------------------	--------------------	----------------------------	----------------	----------------------------	---------------------



16. Have you experienced any of these events during the last year?

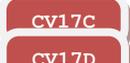
	No	Yes	
a. Divorce or separation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
b. Job loss	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
c. Retirement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
d. Business failure	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
e. Violence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
f. Serious family trouble	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
g. Personal injury or illness	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
h. Serious illness or death of close family member	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
i. Death of spouse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	

ID number										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. During the last 4 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

	Never	Several days	More than half the days	
a. Feeling nervous, anxious, on edge, or worrying too much about different things.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	

INTERVIEWER: IF ANSWER “NEVER” END OF THE QUESTIONNAIRE.

b. Being so restless that it is hard to sit still	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
c. Becoming easily tired	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
d. Muscle pain or tension	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
e. Trouble falling or staying asleep	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
f. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
g. Becoming easily annoyed or irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Religion

Form: SP Version: 24/08/10

Identification number																			
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Instructions: The gray boxes contain phrases for you to use during the survey. Enter the responses given by each participant for each question.

Now I have some questions about spiritual or religious aspects of your life.

1. From a religious point of view, how would you describe yourself?

Religious	1	<input type="checkbox"/>	SP1
Non-religious/atheist/agnostic	2	<input type="checkbox"/>	

END QUESTIONAIRE

2. Do you practice your religion regularly?

No	1	<input type="checkbox"/>	SP2
Yes	2	<input type="checkbox"/>	

3. In general, how frequently do you attend religious services or participate in other type of services (for example: watch religious services on television, listen to religious services on the radio, participate in religious study groups, etc)

Almost every day	1	<input type="checkbox"/>	SP3
At least once a week	2	<input type="checkbox"/>	
A few times a year	3	<input type="checkbox"/>	
Less than once a year	4	<input type="checkbox"/>	
Never	5	<input type="checkbox"/>	

4. How important are religion and religious beliefs to you?

Not at all important	1	<input type="checkbox"/>	SP4
A little important	2	<input type="checkbox"/>	
Somewhat important	3	<input type="checkbox"/>	
Quite important	4	<input type="checkbox"/>	
Very important	5	<input type="checkbox"/>	

ID number										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Location Codes for Question 2

- | | | | |
|----|---------------------|----|-----------------|
| 01 | Afghanistan | 35 | India |
| 02 | Anguilla | 36 | Indonesia |
| 03 | Antigua and Barbuda | 37 | Iran |
| 04 | Argentina | 38 | Iraq |
| 05 | Aruba | 39 | Ireland |
| 06 | Australia | 40 | Israel |
| 07 | Austria | 41 | Italy |
| 08 | Bangladesh | 42 | Japan |
| 09 | Belgium | 43 | Korea |
| 10 | Belize | 44 | Lebanon |
| 11 | Bolivia | 45 | Malaya |
| 12 | Brazil | 46 | Mexico |
| 13 | Canada | 47 | New Zealand |
| 14 | Chile | 48 | Nicaragua |
| 15 | China | 49 | Norway |
| 16 | Colombia | 50 | Pakistan |
| 17 | Costa Rica | 51 | Panama |
| 18 | Cuba | 52 | Paraguay |
| 19 | Czech Republic | 53 | Peru |
| 20 | Denmark | 54 | Philippines |
| 21 | Dominican Republic | 55 | Poland |
| 22 | Ecuador | 56 | Portugal |
| 23 | El Salvador | 57 | Puerto Rico |
| 24 | Finland | 58 | Russia |
| 25 | France | 59 | South Africa |
| 26 | Germany | 60 | Spain |
| 27 | Great Britain | 61 | Sweden |
| 28 | Greece | 62 | Switzerland |
| 29 | Guam | 63 | United States |
| 30 | Guatemala | 64 | Uruguay |
| 31 | Haiti | 65 | Venezuela |
| 32 | Holland | 66 | Virgin Islands |
| 33 | Honduras | 67 | Other |
| 34 | Hungary | 99 | Unknown/refused |

ID number				-			-				
-----------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

8. Which of these groups represents your total monthly household income? (*Include income from employment, pensions, annuities, unemployment insurance, grants, fees, food, and all other forms of income*).

SE81	SE82	SE83	
Argentina	Income Categories Chile	Uruguay	
From \$1 to \$600	From \$1 to \$139.000	From \$1 to \$5.600	1 <input type="checkbox"/>
\$601 to \$1.300	\$139.001 to \$278.000	\$5.601 to \$15.800	2 <input type="checkbox"/>
\$1.301 to \$2.600	\$278.001 to \$555.000	\$15.801 to \$31.600	3 <input type="checkbox"/>
\$2.601 to \$3.900	\$555.001 to \$833.000	\$31.601 to \$47.400	4 <input type="checkbox"/>
\$3.901 to \$5.200	\$833.001 to \$1.110.000	\$ 47.401 to \$63.200	5 <input type="checkbox"/>
\$5.201 and more	\$1.110.001 and more	\$63.201 and more	6 <input type="checkbox"/>
Don't know/no answer	Don't know/no answer	Don't know/no answer	7 <input type="checkbox"/>

→ **END QUESTIONNAIRE**

9. How many people, including yourself, use this income during the year?
 Number of people

SE9

ID number				-											
-----------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Utilization of Health Services

Form: SS Version: 24/08/10

Instructions: The gray boxes contain phrases you can use during the survey. Enter the answer given by the participation for each question.

Now I have some questions about the kind of medical coverage you have, and how often yo consult wiht a physician.

1. In the last 12 months, was there any time when you needed medical care but could not get it?

- No 1 → **Cont. to question 4**
 Yes 2
 No answer 3 → **Cont. to question 4**
 Do not know 9 → **Cont. to question 4**



2. In the last 12 months, for what reason or reasons did you not receive medical care when you needed it?

- | | No | Yes | |
|--|----------------------------|----------------------------|------|
| a. Could not communicate by telephone with the doctor's office | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2A |
| b. Could not get an appointment fast enough | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2B |
| c. No appointments were available the days you could go | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2C |
| d. You had no means of transport or someone to drive you | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2D |
| e. When you arrived for the appointment, you had to wait to see the doctor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2E |
| f. Could not take or did not have time off from work | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2F |
| g. I was caring for someone and could not leave them | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2G |
| h. I could not afford it | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2H |
| i. I did not make an appt because they don't serve me well | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2I |
| j. Other: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS2J |

j.1 Specify _____



IF RESPONDED "Yes" to 2h → 3. Over the last 12 months, did you need any of the following, but did not obtain it because you could not afford it?

- | | No | Yes | |
|--|----------------------------|----------------------------|------|
| a. Prescription drugs | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS3A |
| b. To go see a doctor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS3B |
| c. Consult with a mental health doctor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS3C |
| d. Dental care | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS3D |
| e. Glasses | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS3E |

4. Over the last 12 months, how often have you consulted a doctor or other health professional? If the answer is "Never", enter "00." If you do not know or do not remember write "99".

Number of times



ID number																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IF THE ANSWER TO QUESTION 4 IS "00" → CONTINUE TO QUESTION 9

5. ¿ In what specialty was he or other professionals that were consulted? (May check more than one option)

	No	Yes	
a. Clinic/GFamily medicine/General medicine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS5A
b. Obstetrics/Gynecology	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS5B
c. General surgeon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS5C
d. Nurse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS5D
e. Medical Specialist	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS5E
f. Other:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS5F

f.1 Specify: _____ SS5F1

6. ¿ Where were these consultations? (May check more than one option)

	No	Yes	
a. Appointment in a doctor's office (health consultation)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS6A
b. Without a appointment in primary care	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS6B
c. Without an appointment in the Emergency Room	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS6C
d. Other:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	SS6D

d.1 Specify _____ SS6D1

7. During the last 12 months, with what frequency did the office staff physician or clinician...

	Never	Sometimes	Usually	Always	
a. treat you with courtesy and respect?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	SS7A
b. help you as much as you thought they should help you?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	SS7B

8. During the last 12 months, how often did doctors or other health professionals ...

	Never	Sometimes	Usually	Always	
a. listen to you with attention?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	SS8A
b. explain things in a manner you could understand?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	SS8B
c. demonstrate respect at what you have to say?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	SS8C
d. dedicated sufficient time?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	SS8D

9. In the last 12 months, have you had any lab tests (for example blood, urine, etc.)?

No	1 <input type="checkbox"/>	SS9
Yes	2 <input type="checkbox"/>	
I don't know/No answer	9 <input type="checkbox"/>	

ID number																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. In the last 12 months, did you have any diagnostic studies conducted like x-rays, ultrasounds, electrocardiograms, or other studies?

- No 1
 Yes 2
 I don't know/No answer 9

SS10

11. In the last 12 months, have you been admitted/hospitalized at least once?

- No 1 → **CONT TO QUESTION 13**
 Yes 2

SS11

12. ¿ Were some of these admissions/hospitalizations for one of the following reasons? (*May check more than one option*)

- | | No | Yes | |
|---|----------------------------|----------------------------|-------|
| a. Infarct, peri-infarct, or heart attack | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS12A |
| b. Stroke or transient ischemic attack | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS12B |
| c. Pulmonary problem | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS12C |
| d. Cesarean delivery | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS12D |
| e. Surgery | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS12E |
| f. Other | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS12F |

13. A primary physician is one that you know personally. It can be a family doctor, a general practitioner, or a specialist. Do you have a primary physician?

- No 1
 Yes 2
 I don't know/No answer 9

SS13

14. In the last 12 months, have you consulted a healer, practitioner of Santuria, spiritualist (practitioner of Machi) or other non-conventional medicine to treat any emotional or physical health?

- No 1
 Yes 2
 No answer 3
 Do not known 9

SS14

15. ¿ What kind of medical insurance coverage do you currently have?

- | | No | Yes | |
|---|----------------------------|----------------------------|-------|
| a. I am treated in the public health system (public hospitals and health centers Argentina and Uruguay; FONSA hospitals in Chile) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS15A |
| b. I have insurance which is paid for by deducting from my salary or is given from a relative (Social Work in Argentina; FONASA or ISAPRE in Chile; Mutual and ASSE in Uruguay) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS15B |
| c. I pay out-of-pocket for private insurance (prepaid in Argentina, ISAPRE in Chile, mutual or private insurance in Uruguay) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | SS15C |

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. ¿ Please indicate the amount you paid out of pocket for health care for members of your household last month?

a- .

b- Argentine Pesos 1

Chilean Pesos 2

Uruguayan Pesos 3

c- I don't know/No answer

SS16A

SS16B

SS16C

ID number																		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Physical Exam

Form: EF Version: 29/11/10

Control number																		
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Instructions: This form must be completed during the participant's visit to the health center. Before starting complete the personal details at the top. When the answer is a numbers use a locker for each digit and put the last number of the answer in the far right. Fill with zeroes left lockers if necessary, so that there are no blank boxes. In all cases write the measurement results. If it was impossible to obtain the results, enter a 9 in each box available.

ADMINISTRATIVE INFORMATION

1. Date of completion

			/				/			
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

EF1D

EF1M

EF1A

Arterial blood pressure should be done after at least five minutes of rest, in the sitting position or lying down.

2. Arm used to measure blood pressure sitting (choose one):

- Right (prefer) 1
- Left 2
- Otther 3

EF2

2a. If "Other" please specify _____

3. Arm circumference.

--	--

 (cm)

EF3

4. Cuff size (arm circumference):

- Small-child (18-26 cm) 1
- Adult (25-35 cm) 2
- Large arm (33-47 cm) 3
- Thigh (46-66 cm) 4

EF4

5. Palpate radial pulse obliteration pressure:

--	--	--

 mmHg

EF5

Calculate the cuff inflation pressure by adding 30 mmHg to the pulse obliteration pressure

ID number																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Cuff inflation pressure:

--	--	--	--

 mmHg

7. Time at beginning of measurement:

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

 Hs.

--	--	--	--

 Min (00:00-23:59)

B. First measurement of blood pressure / pulse:

Wait 30 seconds.

8. Systolic:

--	--	--	--

 mmHg

9. Diastolic:

--	--	--	--

 mmHg

10. Pulse:

--	--	--	--

 pulses/min.

C. Second measurement of blood pressure / pulse:

Wait 30 seconds.

11. Systolic:

--	--	--	--

 mmHg

12. Diastolic:

--	--	--	--

 mmHg

13. Pulse:

--	--	--	--

 pulses/min.

D. Third measurement of blood pressure / pulse:

Wait 30 seconds.

14. Systolic:

--	--	--	--

 mmHg

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. Diastolic:

 mmHg

EF15

16. Pulse:

 pulses/min.

EF16

E. Determination of the ability to stand

17. Evaluation of the ability to stand (choose one)

EF17

- Can stand erect on both feet
- May stand on both feet, but no upright
- Can't stand on both feet

1
2
3

CONT. IN Q 20

F. Body measurements

18. Standing height:

. cm

EF18

19. Body weight:

. kg

EF19

20. waist circumference:

. cm

EF20

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Blood samples collection

Form: MB Version: 17/09/10

ID Number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Control Number																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Document number)

Instructions: This form must be completed during the participant's visit to the health centre. Before starting complete the personal details at the top. Fill with zeros left lockers if necessary, so that there are no blank boxes.

Now you will be asked a few routine questions for your own security.

A. Security questions:

1. Have you ever received a radical mastectomy or other surgery where they removed your lymph nodes under your arm?

- 1 No
2 Yes

MB1

If "yes" specify in question 11 and follow the manual instructions.

2. Have you ever had a bleeding disorder?

- 1 No
2 Yes

MB2

If "yes" specify in question 11 and follow the manual instructions.

3. Do you have a fistula or catheter for renal dialysis?

- 1 No
2 Yes

MB3

If "yes" specify in question 11 and follow the manual instructions.

IMPORTANT

- Do not puncture the arm if the axillary nodes have been removed or there is a fistula for dialysis. In these cases you will puncture the contra lateral arm.
- In the case that the other arm also has these contraindications, DO NOT PERFORM THE PROCEDURE and complete the form.
- If the participant is anticoagulated or has a bleeding disorder, you should remind them of the importance of compressing the puncture site for at least 5 minutes.

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. Information on fasting blood sample:

4. When was the last time you ate or drank anything but water: today, yesterday or before yesterday? MB4

- 1 Today 2 Yesterday 3 Before yesterday

5. What time did you last eat or drink anything but water?

MBH Hs. Min (00:00-23:59) MBM

5.a Did you fast for 8 hours?

- 1 No ("Do not perform the extraction. END FORM") MB5A
 2 Yes

IMPORTANT

If the participant did not fast for 8 hours, DO NOT PERFORM THE PROCEDURE and complete the form. PARTICIPANT MUST RETURN FOR ANOTHER VISIT: REPORT TO THE COORDINATOR

C. Blood sample extraction:

6. Date of extraction:

MB6 MB6M MB6A

 1 Day 2 Month 3 Year

7. Time of extraction:

MB7 Hs. Min (00:00-23:59) MB7

8. Number of venopunctures attempts:

MB8

9. Any incident with the procedure?

- 1 No MB9
 2 Yes

If "Yes specify in question 11" Error! No se encuentra el origen de la referencia. and/or

11

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Incidents during blood collection: Document the problems during venipuncture in this table. Place an X in the appropriate boxes or to each tube where a problem occurred during the extraction. If there has been a problem not listed in the table, specified in question 11

	1. Not extracted	2. Partially extracted	3. Re-application tourniquet	4. Needle movement	5. Other
MB10A a. Tube 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MB10B b. Tube 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MB10C c. Tube 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MB10D d. Tube 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MB11 11. If other problems occurred before or during the blood extraction not listed in the table above, please describe the incidents or problems in this space. Also, use this space to comment on questions 1 to 3, if you answered "Yes" to any of them

MB12 12. Phlebotomist code:

D. Processing the blood sample:

IMPORTANT

The processing of samples cannot exceed one hour from the time of extraction

13. The time at which the tubes 1 and 2 were centrifuged

MB13H Hs. Min (00:00-23:59) **MB13M**

14. The time at which the tubes 3 and 4 were centrifuged

MB14H Hs. Min (00:00-23:59) **MB14M**

IMPORTANT

Freeze the aliquots immediately at -20 ° C. In case you cannot do at the moment, put on ice. This process cannot exceed 4 hours

15. The time at which aliquots were placed in the freezer

MB15H Hs. Min (00:00-23:59) **MB15M**

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

processing the blood samples:

--	--	--

MB16

16. Code of the responsible for

MB17

17. Were any incidents or problems during the processing of blood samples?

- 1 No
 2 yes

If yes specify in question 18 and /or 19

18. Incidents during the processing of blood samples: Document problems during processing in this table. Place an X in the appropriate boxes or to each tube where a problem occurred during processing of samples. If there has been a problem not listed in the table, specified in question 19.

	1. Tube broken	2. Sample re-centrifuged	3.Coagulated	4. Hemolized
MB18A a. Tube 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MB18B b. Tube 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MB18C c. Tube 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MB18D d. Tube 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MB19

19. Comments:

ID number				-			-				
-----------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Electrocardiogram

Form: EC Version: 17/9/10

ID number				-			-			
Control number				.			.			

Instructions: This form must be completed during the participant's visit to the health centre. Before starting complete the personal details at the top.

1. Date

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

1 Day 2 Month 3 Year

EC1D	EC1M	EC1A
------	------	------

2. EKG performed

EC2	No	1	<input type="checkbox"/>	(specify the reason in question 2a and end the form)
	Yes	2	<input type="checkbox"/>	→ CONTINUE TO QUESTION 3

a. Reasons for not performing the EKG (check only one)

EC2A	Problems with electrocardiograph	1	<input type="checkbox"/>
	Reusal	2	<input type="checkbox"/>
	Others	3	<input type="checkbox"/>

EC2B	b. If "Others", specify _____
------	-------------------------------

3. Quality Control of electrocardiographic tracing

	No	Sí
EC2A		
EC2B		
EC3C		
EC3D		

IN CASE OF ANSWERING ANY ITEM "NO" THE REGISTER MUST BE REPETED. IF UNABLE TO PERFORM QUALITY ECG "DO NOT DISCARD IT" AND KEEP AS INSTRUCTED.

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Control ALERTS

		No	Yes
EC4A	a. HR \leq 50 l/min	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
EC4B	b. HR \geq 100 l/min	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
EC4C	c. Irregular waves in V1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
EC4D	d. Absence of P wave	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
EC4E	e. ST segment elevation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

IN CASE OF ANSWERING ANY ITEM "YES" YOU MUST CONTACT THE DOCTOR IN CHARGE OF THE CLINICAL ALERT TO INFORM THE CASE.

ID number				-								
-----------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Spirometry

Form: EP Version: 27/09/10

ID number				-								
Control number				.				.				

Instructions: This form must be completed during the participant's visit to the health centre. Before starting complete the personal details at the top.

1. Date

<input type="text"/>							
1 Day	2 Month	3 Year					
EP1D	EP1M	EP1A					

2. Age

EP2

years

Less than 45 years old → **Do not perform spirometry**
END OF QUESTIONNAIRE

More than 45 years old → **CONTINUE QUESTION 3**

3. Contraindications

	No	Sí	
a. Have you had any surgery of the chest or abdomen in the last 3 months?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	EP3A
b. Have you had a heart attack or stroke within the last 3 months?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	EP3B
c. Have you had a detached retina or any eye surgery performed in the last three months?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	EP3C
d. Do you have active tuberculosis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	EP3D
e. Are you pregnant?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	EP3E

EN EL CASO DE RESPONDER ALGUN ITEM "SI", NO REALIZAR LA ESPIROMETRIA Y FINALIZA EL FORMULARIO

4. Spirometry performed

EP4

No 1 (Specify en Q a. END QUESTIONNAIRE)
Yes 2 → **GO TO QUESTION 4c**

EP4A

a. Reasons spirometry was not performed (check only one)

- Problems with the spirometer 1
- Refusal to participate 2
- Other 3

ID number																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. If "Other", specify _____

EP4B

EP4C

c. Bronchodilator medication used in the last 12 hours? (nebulized aerosol or oral)

No 1

Yes 2

EP4D

d. If "Yes" specify _____

CESCAS-Cuestionario De Hábitos Alimentarios

Número identificador		-		-			
Número control		.		.			

(NÚMERO DE DOCUMENTO)



INSTRUCCIONES GENERALES

Responda cada pregunta lo mejor que pueda. Si no está seguro de alguna respuesta, por favor déjela en blanco para consultarla al entregar el cuestionario.

- Use exclusivamente un lápiz negro. No use lápices de colores, lapicera, birome ni marcadores.
- Rellene los casilleros que corresponden a sus respuestas.
- Si hace algún cambio, tache la respuesta incorrecta y marque un círculo alrededor de la respuesta correcta.
- Si responde NUNCA, NO o NO SABE a una pregunta, por favor siga las flechas o instrucciones que lo/la llevan a la siguiente pregunta.

ANTES DE DAR VUELTA ESTA PÁGINA, POR FAVOR COMPLETE LA FECHA.

Fecha de hoy

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

MES

- ENE
- FEB
- MAR
- ABR
- MAY
- JUN
- JUL
- AGO
- SEP
- OCT
- NOV
- DIC

DIA

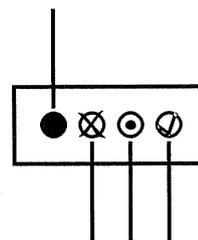
--	--

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

AÑO

- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014

Respuesta correcta



Respuesta incorrecta

REVISOR: _____

Se ha dejado esta página en blanco
intencionalmente.

Durante los últimos 12 meses...

1. ¿Qué tan seguido bebió jugo de naranja o pomelo?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 2)
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1-2 veces a la semana 2-3 veces al día
 3-4 veces a la semana 4-5 veces al día
 5-6 veces a la semana 6 o más veces al día

1a. Cada vez que bebió jugo de naranja o pomelo, ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos 200cc o menos de 1 vaso
 De 200 a 300cc o de 1 a 1 ½ vasos
 Más de 300cc o más de 1 ½ vasos

2. ¿Qué tan seguido bebió jugos de otras frutas (como de manzana, durazno, ananá u otros, envasados o naturales)? (Por favor no incluya los jugos para diluir o en polvo)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 3)
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1-2 veces a la semana 2-3 veces al día
 3-4 veces a la semana 4-5 veces al día
 5-6 veces a la semana 6 o más veces al día

2a. Cada vez que bebió otros jugos de fruta, ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos 200cc o menos de 1 vaso
 De 200 a 300cc o de 1 a 1 ½ vasos
 Más de 300cc o más de 1 ½ vasos

3. ¿Qué tan seguido bebió jugos de fruta concentrados para diluir o en polvo (como Clight®, Tang®, Zuko® o similares), dietéticos o comunes?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 4)
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1-2 veces a la semana 2-3 veces al día
 3-4 veces a la semana 4-5 veces al día
 5-6 veces a la semana 6 o más veces al día

3a. Cada vez que bebió jugos de fruta concentrados para diluir o en polvo ¿cuánto tomó por lo general? Indique la cantidad una vez diluido o reconstituido.

- Menos 200cc o menos de 1 vaso
 De 200 a 300cc o de 1 a 1 ½ vasos
 Más de 300cc o más de 1 ½ vasos

3b. ¿Qué tan seguido los jugos de fruta concentrados para diluir o en polvo que tomó fueron dietéticos o sin azúcar?

- Casi nunca o nunca
 Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
 Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

4. ¿Qué tan seguido consumió leche como bebida? (No incluya la leche que toma con el café o con cereales. Por favor incluya leche con chocolate y chocolate caliente.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 5)
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1-2 veces a la semana 2-3 veces al día
 3-4 veces a la semana 4-5 veces al día
 5-6 veces a la semana 6 o más veces al día

4a. Cada vez que tomó leche como bebida, ¿cuánta bebió por lo general?

- Menos de 1 taza (menos de 250cc)
 De 1 a 1 ½ tazas (250 a 360cc)
 Más de 1 ½ tazas (más de 360cc)

4b. ¿Qué tipo de leche bebió por lo general?

- Leche entera (líquida o en polvo, común o fortificada)
 Leche descremada en polvo
 Leche descremada líquida
 Leche cultivada
 Leche de soja sabor natural

5. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido consumió bebidas o jugos de soja con sabor a frutas como Ades® o So Natural®?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 6)
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1-2 veces a la semana 2-3 veces al día
 3-4 veces a la semana 4-5 veces al día
 5-6 veces a la semana 6 o más veces al día

5a. Cada vez que tomó bebidas o jugos de soja con sabor a frutas, ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos 200cc o menos de 1 vaso
 De 200 a 300cc o de 1 a 1 ½ vasos
 Más de 300cc o más de 1 ½ vasos

Durante los últimos 12 meses...

5b. ¿Qué tan seguido las bebidas o jugos de soja sabor frutal que tomó fueron light o sin azúcar?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

6. ¿Qué tan seguido bebió sustitutos de comidas o batidos que reemplacen comidas o bebidas con alto contenido de proteínas, como Ensure®, Stop Calory®, Herbalife® u otras?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 7)
- 1 vez al mes o menos
- 2-3 veces al mes
- 1-2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

6a. Cada vez que bebió sustitutos de comidas o batidos que reemplacen comidas o con alto contenido de proteínas, ¿cuánto tomó por lo general?

- Menos de 1 taza (menos de 250cc)
- De 1 a 1½ tazas (250-360cc)
- Más de 1½ tazas (más de 360cc)

7. Durante los últimos 12 meses, ¿bebió usted gaseosas?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 8)
- SI

7a. ¿Qué tan seguido bebió usted gaseosas en el verano?

- NUNCA
- 1 vez al mes o menos
- 2-3 veces al mes
- 1-2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

7b. ¿Qué tan seguido bebió usted gaseosas el resto del año?

- NUNCA
- 1 vez al mes o menos
- 2-3 veces al mes
- 1-2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

7c. Cada vez que bebió usted gaseosas, ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos de 300cc o menos de 1 lata o menos de 1 ½ vasos
- De 300cc -500cc o de 1 a 1 ½ latas o de 1 ½ a 2 ½ vasos
- Más de 500cc o más de 1 ½ lata o más de 1 botella de 500cc o más de 3 vasos o copas

7d. ¿Qué tan seguido las gaseosas que usted bebió fueron light o sin azúcar?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

8. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido bebió usted agua (de la canilla o mineral), aguas saborizadas o bebidas del tipo Gatorade® o similares?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 9)
- 1 vez al mes o menos
- 2-3 veces al mes
- 1-2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

8a. Cada vez que bebió usted agua (de la canilla o mineral), aguas saborizadas o bebidas del tipo Gatorade® o similares ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos de 300cc o menos de 1/2 botella individual o menos de 2 vasos/ copas
- De 300 a 500cc o de ½ a 1 botella individual o de 2 a 3 vasos
- Más de 500cc o más de 1 botella individual o más de 3 vasos

8b. ¿Qué tan seguido las aguas que usted bebió fueron aguas saborizadas con azúcar (como Levité de Villa del Sur® o Aquarius de Cepita®) o bebidas tipo Gatorade®?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

Durante los últimos 12 meses...

9. ¿Bebió usted cerveza?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 10)
 SI

9a. ¿Qué tan seguido bebió usted cerveza EN EL VERANO?

- NUNCA
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes
 1-2 veces a la semana
 3-4 veces a la semana
 5-6 veces a la semana
 1 vez al día
 2-3 veces al día
 4-5 veces al día
 6 o más veces al día

9b. ¿Qué tan seguido bebió usted cerveza EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes
 1-2 veces a la semana
 3-4 veces a la semana
 5-6 veces a la semana
 1 vez al día
 2-3 veces al día
 4-5 veces al día
 6 o más veces al día

9c. Cada vez que bebió cerveza, ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos de una lata o botella de 330cc
 De 1 a 3 latas o botellas de 330cc
 Más de 3 latas o botellas de 330cc o más de una botella grande.



10. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido bebió usted vino?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 11)
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes
 1-2 veces a la semana
 3-4 veces a la semana
 5-6 veces a la semana
 1 vez al día
 2-3 veces al día
 4-5 veces al día
 6 o más veces al día

10a. Cada vez que bebió vino, ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos de 150cc o menos de 1 copa/vaso de vino
 De 150 a 300cc o de 1 a 2 copas/vasos de vino
 Más de 300cc o más de 2 copas/vasos de vino

La Pregunta 11 aparece en la siguiente columna.

11. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido bebió usted bebidas blancas u otras bebidas alcohólicas o tragos o mezclas de bebidas alcohólicas y no alcohólicas (como fernet, gin, vodka, grappa, caña, licor, gancia solo o con gaseosa, jugo, o Speed®)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 12)
 1 vez al mes o menos
 2-3 veces al mes
 1-2 veces a la semana
 3-4 veces a la semana
 5-6 veces a la semana
 1 vez al día
 2-3 veces al día
 4-5 veces al día
 6 o más veces al día

11a. Cada vez que bebió bebidas blancas u otras bebidas alcohólicas o tragos o mezclas de bebidas alcohólicas y no alcohólicas (como fernet, gin, vodka, grappa, caña, licor, gancia solo o con gaseosa, jugo, o Speed®), ¿cuánto bebió por lo general?

- Menos de 1 medida (bebidas blancas) o menos de 1 vaso (tragos o mezclas)
 De 1 a 3 medidas (bebidas blancas) o de 1 a 3 vasos (tragos o mezclas)
 Más de 3 medidas (bebidas blancas) o más de 3 vasos (tragos o mezclas)

12. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted avena (por ejemplo Quacker®), sémola, gofio u otro cereal cocido?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 13)
 SI

12a. ¿Qué tan seguido comió usted avena, sémola, gofio u otro cereal cocido EN EL INVIERNO?

- NUNCA
 1-6 veces cada invierno
 7-11 veces cada invierno
 1 vez al mes
 2-3 veces al mes
 1 vez a la semana
 2 veces a la semana
 3-4 veces a la semana
 5-6 veces a la semana
 1 vez al día
 2 o más veces al día

12b. ¿Qué tan seguido comió usted avena, sémola, gofio u otro cereal cocido EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
 1-6 veces
 7-11 veces
 1 vez al mes
 2-3 veces al mes
 1 vez a la semana
 2 veces a la semana
 3-4 veces a la semana
 5-6 veces a la semana
 1 vez al día
 2 o más veces al día

La Pregunta 13 aparece en la siguiente columna.

Durante los últimos 12 meses...

12c. Cada vez que comió avena, sémola, gofio u otro cereal cocido, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de ¾ de taza (una vez cocidos)
- De ¾ a 1¼ tazas (una vez cocidos)
- Más de 1¼ tazas (una vez cocidos)

13. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted copos de cereal (por ejemplo de maíz), granola, All bran® u otro cereal no cocido?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 14)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

13a. Cada vez que comió copos de cereal, granola, All bran® u otro cereal no cocido ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 taza
- De 1 a 2½ tazas
- Más de 2½ tazas

13b. ¿Qué tan seguido el cereal que comió fue un alimento a base de salvado de trigo, alto en fibra del tipo All Bran® o Fiber One®?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

13c. ¿Qué tan seguido el cereal que comió fue algún otro cereal a base de salvado o fibra, (como granola o muesli o mezclas de cereales con frutas secas y/o desecadas y/o semillas)?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

13d. ¿Qué tan seguido el cereal que comió fue cualquier otro tipo de cereal (como copos de maíz, otros cereales de desayuno como alimentos a base de arroz u otras harinas con sabor chocolate o sabor a frutas como Choco Krispies®, Special K®, Froot Loops®, etc.)?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

13e. ¿Agregó leche a su cereal?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 14)
- SI

13f. ¿Qué tipo de leche agregó por lo general?

- Leche entera (líquida o en polvo, común o fortificada)
- Leche descremada en polvo
- Leche descremada líquida
- Leche cultivada
- Leche de soja sabor natural

13g. Cada vez que agregó leche a su cereal, ¿cuánta agregó por lo general?

- Menos de ½ taza
- De ½ a 1 taza
- Más de 1 taza

14. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted manzanas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 15)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

14a. Cada vez que comió manzanas, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1 manzana
- 1 manzana
- Más de 1 manzana

Durante los últimos 12 meses...

15. ¿Qué tan seguido comió usted peras (frescas, enlatadas o congeladas)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 16)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

15a. Cada vez que comió peras, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1 pera
- 1 pera
- Más de 1 pera

16. ¿Qué tan seguido comió usted bananas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 17)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

16a. Cada vez que comió bananas, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1 banana
- 1 banana
- Más de 1 banana

17. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted frutas secas o desecadas, como ciruelas pasas o secas o pasas de uvas (sin incluir orejones)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 18)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

17a. Cada vez que comió fruta seca o desecada, ¿cuánta comió por lo general (sin incluir orejones)?

- Menos de 2 cucharadas soperas o menos de 4 ciruelas secas
- De 2 a 5 cucharadas soperas o de 4 a 10 ciruelas secas
- Más de 5 cucharadas soperas o más de 10 ciruelas secas

La Pregunta 18 aparece en la siguiente columna.

18. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted duraznos o damascos, orejones, pelones o ciruelas?

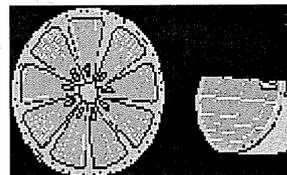
- NO (PASE A LA PREGUNTA 19)
- SI

18a. ¿Qué tan seguido comió usted duraznos, damascos, orejones, pelones o ciruelas CUANDO ESTABAN EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada
- 7-11 veces por temporada
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

18b. ¿Qué tan seguido comió usted duraznos, damascos, orejones, pelones o ciruelas (frescos, enlatados o congelados) EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces
- 7-11 veces
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día



18c. Cada vez que comió duraznos o damascos, orejones, pelones o ciruelas, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 1 durazno o pelón, o menos de 2 ciruelas o damascos o menos de 1/2 taza.
- De 1 a 2 duraznos o pelones, o de 2 a 4 ciruelas o damascos, o de 1/2 a 3/4 taza
- Más de 2 duraznos o pelones, o más de 4 ciruelas o damascos, o más de 3/4 taza

La Pregunta 19 aparece en la siguiente columna.

Durante los últimos 12 meses...

19. ¿Qué tan seguido comió usted uvas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 20)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

19a. Cada vez que comió uvas, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza o menos de 10 uvas
- De 1/2 a 1 taza o de 10 a 20 uvas
- Más de 1 taza o más de 20 uvas

20. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted melón o sandía?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 21)
- SI

20a. ¿Qué tan seguido comió usted melón o sandía CUANDO ESTABA EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada
- 7-11 veces por temporada
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

20b. ¿Qué tan seguido comió usted melón o sandía EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces
- 7-11 veces
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

20c. Cada vez que comió melón o sandía, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de melón o menos de 1/2 taza
- 1/4 de melón o de 1/2 a 1 taza
- Más de 1/4 de melón o más de 1 taza

21. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted frutillas?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 22)
- SI

21a. ¿Qué tan seguido comió usted frutillas CUANDO ESTABAN EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada
- 7-11 veces por temporada
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

21b. ¿Qué tan seguido comió usted frutillas frescas o congeladas EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces
- 7-11 veces
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

21c. Cada vez que comió frutillas, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza o menos de 3 frutillas
- De 1/4 a 3/4 de taza o de 3 a 8 frutillas
- Más de 3/4 de taza o más de 8 frutillas

22. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted naranjas, mandarinas o tangerinas?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 23)
- SI

22a. ¿Qué tan seguido comió usted naranjas, mandarinas o tangerinas frescas CUANDO ESTABAN EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada
- 7-11 veces por temporada
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses...

22b. ¿Qué tan seguido comió usted naranjas, mandarinas o tangerinas EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces 2 veces a la semana
- 7-11 veces 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

22c. Cada vez que comió naranjas, mandarinas o tangerinas, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 1 fruta
- 1 fruta
- Más de 1 fruta

23. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted pomelo?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 24)
- SI

23a. ¿Qué tan seguido comió usted pomelo fresco CUANDO ESTABA EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada 2 veces a la semana
- 7-11 veces por temporada 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

23b. ¿Qué tan seguido comió usted pomelo EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces 2 veces a la semana
- 7-11 veces 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

23c. Cada vez que comió pomelo ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 pomelo
- 1/2 pomelo
- Más de 1/2 pomelo

24. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted ananá?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 25)
- SI

24a. ¿Qué tan seguido comió usted ananá fresco CUANDO ESTABA EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada 2 veces a la semana
- 7-11 veces por temporada 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

24b. ¿Qué tan seguido comió usted ananá (fresco o enlatado) EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces 2 veces a la semana
- 7-11 veces 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

24c. Cada vez que comió ananá, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza o menos de una rebanada
- De 1/2 a 1 taza o de 1 a 2 rebanadas
- Más de 1 taza o más de 2 rebanadas

25. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted kiwi?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 26)
- SI

25a. ¿Qué tan seguido comió usted kiwi CUANDO ESTABA EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada 2 veces a la semana
- 7-11 veces por temporada 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses...

25b. ¿Qué tan seguido comió usted kiwi EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces
- 7-11 veces
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

25c. Cada vez que comió kiwi ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 kiwi
- De 1 a 2 kiwis
- Más de 2 kiwis

26. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted otros tipos de fruta? (Por favor no incluya las mencionadas previamente)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 27)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

26a. Cada vez que comió otros tipos de fruta, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza
- De 1/4 a 3/4 de taza
- Más de 3/4 de taza

27. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted verduras o vegetales (hojas/tallos o pencas) COCIDOS (como espinaca, nabo, acelga o repollo)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 28)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

27a. Cada vez que comió verduras o vegetales (hojas/tallos o pencas) COCIDOS (como espinaca, nabo, acelga o repollo), ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

La Pregunta 28 aparece en la siguiente columna.

28. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted verduras o vegetales (hojas/ tallos o pencas) CRUDOS (como espinaca, nabo, acelga o repollo)? (Más adelante le preguntaremos sobre la lechuga, radicheta, rúcula y berro.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 29)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

28a. Cada vez que comió verduras o vegetales (hojas/tallos o pencas) CRUDOS (como espinaca, nabo, acelga o repollo), ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

29. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted chucrut o repollo en salmuera o escabeche?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 30)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

29a. Cada vez que comió chucrut o repollo en salmuera o escabeche, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza
- De 1/4 a 3/4 taza
- Más de 3/4 taza

30. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted zanahorias (frescas, enlatadas o congeladas)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 31)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

30a. Cada vez que comió zanahorias, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza o menos de 1 zanahoria pequeña
- De 1/4 a 1/2 de taza o de 1 a 2 zanahorias pequeñas
- Más de 1/2 de taza o más de 2 zanahorias pequeñas

La Pregunta 31 aparece en la siguiente columna.

Durante los últimos 12 meses...

31. ¿Qué tan seguido comió usted chauchas (frescas, enlatadas o congeladas)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 32)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

31a. Cada vez que comió chauchas, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

32. ¿Qué tan seguido comió usted arvejas, (frescas, enlatadas o congeladas)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 33)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

32a. Cada vez que comió arvejas, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza
- De 1/4 a 3/4 de taza
- Más de 3/4 de taza

33. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted maíz o choclo?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 34)
- SI

33a. ¿Qué tan seguido comió usted maíz o choclo fresco CUANDO ESTABA EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces por temporada
- 7-11 veces por temporada
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

La Pregunta 34 aparece en la siguiente columna.

33b. ¿Qué tan seguido comió usted maíz o choclo (fresco, enlatado o congelado) EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

33c. Cada vez que comió maíz o choclo, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 choclo o menos de 1/2 taza
- 1 choclo o de 1/2 a 1 taza
- Más de 1 choclo o más de 1 taza

34. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted brócoli (fresco o congelado)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 35)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

34a. Cada vez que comió brócoli, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza
- De 1/4 a 1 taza
- Más de 1 taza

35. ¿Qué tan seguido comió usted coliflor o col o repollitos de Bruselas (frescos o congelados)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 36)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

35a. Cada vez que comió coliflor o col o repollitos de Bruselas ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza
- De 1/4 a 1 taza
- Más de 1 taza

La Pregunta 36 aparece en la siguiente columna.

DaDurante los últimos 12 meses...

36. ¿Qué tan seguido comió usted zapallo o calabaza?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 37)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

36a. Cada vez que comió zapallo o calabaza, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

37. ¿Qué tan seguido comió usted zapallitos verdes o zucchini?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 38)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

37a. Cada vez que comió zapallitos verdes o zucchini, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

38. ¿Qué tan seguido comió usted remolacha o betarraga?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 39)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

38a. Cada vez que comió remolacha o betarraga, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

39. ¿Qué tan seguido comió usted berenjenas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 40)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

39a. Cada vez que comió berenjenas, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

40. ¿Qué tan seguido comió usted pepino?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 41)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

40a. Cada vez que comió pepino, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

41. ¿Qué tan seguido comió usted apio?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 42)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

41a. Cada vez que comió apio, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

42. ¿Qué tan seguido comió usted cebolla (incluyendo la utilizada en preparaciones)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 43)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

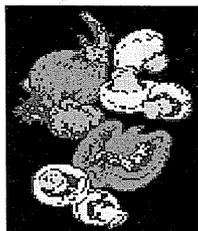
42a. Cada vez que comió cebolla, ¿cuánta comió por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- 1 a 4 cucharadas soperas
- Más de 4 cucharadas soperas

Durante los últimos 12 meses...

43. Ahora piense en todas las verduras o vegetales cocidos que ha comido en los últimos 12 meses y en cómo fueron preparados. ¿Qué tan seguido se cocinaron sus verduras o vegetales CON algún tipo de grasa, incluyendo aceite en aerosol o "spray"? (Por favor no incluya papas.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 44)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día



43a. ¿Qué aceites o grasas se agregaron por lo general a sus verduras o vegetales DURANTE SU COCCIÓN? (Por favor no incluya papas. Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Margarina (incluyendo baja en grasa)
- Manteca o mantequilla (incluyendo baja en grasa)
- Grasa de cerdo
- Grasa vacuna
- Aceite de oliva
- Aceite de maíz o girasol
- Aceite de soja
- Aceite de canola
- Aceite en aerosol o spray tipo Fritolín
- Otros tipos de aceites
- Ninguno de los anteriores



44. Ahora, pensando otra vez en todos las verduras o vegetales cocidos que comió en los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido se les agregó algún tipo de aceite o grasa, salsa o aderezo DESPUÉS DE COCINARLOS O EN LA MESA? (Por favor no incluya papas.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 45)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día



La Pregunta 45 aparece en la siguiente columna.

44a. ¿Qué aceites, grasas, salsas o aderezos se les agregaron por lo general a las verduras o vegetales cocidos DESPUÉS DE COCINARLOS O EN LA MESA? (Por favor no incluya papas. Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Margarina (incluyendo baja en grasa)
- Manteca o mantequilla (incluyendo baja en grasa)
- Aderezo de ensalada
- Mayonesa
- Salsa Golf
- Aceite de oliva
- Aceite de maíz o girasol
- Aceite de soja
- Aceite de canola
- Otros tipos de aceites
- Crema
- Salsa blanca o bechamel o besamel
- Otro

44b. Si agregó margarina, manteca o mantequilla a sus verduras o vegetales DESPUÉS DE COCINARLOS O EN LA MESA, ¿cuánto agregó por lo general?

- Generalmente no se agregaron éstos
- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 3 cucharaditas
- Más de 3 cucharaditas

44c. Si agregó aderezo o aceite, mayonesa, salsa golf, crema, salsa blanca o bechamel a sus verduras o vegetales DESPUÉS DE COCINARLOS O EN LA MESA, ¿cuánto se agregó por lo general?

- Generalmente no se agregaron éstos
- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 3 cucharadas soperas
- Más de 3 cucharadas soperas

45. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted ají, pimienta o morrón (verde, rojo o amarillo)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 46)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día



La Pregunta 46 aparece en la siguiente columna.

Durante los últimos 12 meses...

45a. Cada vez que comió ají, pimienta o morrón (verde, rojo o amarillo), ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/8 de pimienta o menos de 1 1/2 cucharadas soperas
- De 1/8 a 1/4 de pimienta o de 1 1/2 a 3 cucharadas soperas
- Más de 1/4 de pimienta o más de 3 cucharadas soperas

46. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted tomates frescos (incluyendo en ensaladas)?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 47)
- SI

46a. ¿Qué tan seguido comió usted tomates frescos (incluyendo en ensaladas) CUANDO ESTABAN EN TEMPORADA?

- NUNCA
- 1-6 veces portemporada
- 7-11 veces portemporada
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

46b. ¿Qué tan seguido comió usted tomates frescos (incluyendo en ensaladas) EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces
- 7-11 veces
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

46c. Cada vez que comió tomates frescos, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de tomate
- 1/4 a 1/2 tomate
- Más de 1/2 tomate

47. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted ensaladas de lechuga, rúcula, berro o radicheta (con o sin otras verduras o vegetales)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 48)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

47a. Cada vez que comió ensaladas de lechuga, rúcula, berro o radicheta ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza o menos de 1/4 de plato
- De 1/4 a 1 1/4 tazas o 1 plato
- Más de 1 1/4 tazas o más de un plato

48. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted aceite o aderezo de ensalada (incluyendo bajo en grasa) con sus ensaladas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 49)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

48a. Cada vez que comió aceite o aderezo de ensalada en sus ensaladas, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 2 cucharadas soperas
- De 2 a 4 cucharadas soperas
- Más de 4 cucharadas soperas

49. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted batata o camote o boniato?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 50)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

49a. Cada vez que comió batata o camote o boniato, ¿cuánto comió por lo general?

- 1 unidad pequeña o menos de 1/2 de taza
- 1 unidad mediana o 1/2 a 1 taza
- 1 unidad grande o más de 1 taza

50. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted papas fritas, buñuelos de papa o bolitas de papa?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 51)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses...

50a. Cada vez que comió papas fritas, buñuelos de papa o bolitas de papa?, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 10 bastones o rodajas finas de papas o menos de 1/2 taza
- De 10 a 25 bastones o rodajas finas de papas o de 1/2 a 1 taza
- Más de 25 bastones o rodajas finas de papas o más de 1 taza

51. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted ensalada de papa?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 52)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

51a. Cada vez que comió ensalada de papa, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza
- De 1/2 a 1 taza
- Más de 1 taza

52. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted papas al horno o hervidas o en puré?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 53)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

52a. Cada vez que usted comió papas al horno o hervidas o en puré, ¿cuánto comió por lo general?

- 1 papa pequeña o menos de 1/2 taza
- 1 papa mediana o de 1/2 a 1 taza
- 1 papa grande o más de 1 taza

52b. ¿Qué tan seguido le agregó mayonesa (incluyendo baja en grasa) a sus papas, YA SEA AL COCINARLAS O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 52d)
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

52c. Cada vez que le agregó mayonesa a sus papas o patatas, ¿cuánta le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 2 cucharadas soperas
- Más de 2 cucharadas soperas

52d. ¿Qué tan seguido le agregó margarina (incluyendo baja en grasa) a sus papas, YA SEA AL COCINARLAS O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

52e. ¿Qué tan seguido le agregó manteca o mantequilla (incluyendo light) a sus papas, YA SEA AL COCINARLAS O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

52f. Cada vez que le agregó margarina o manteca o mantequilla a sus papas, ¿cuánta le agregó por lo general?

- Nunca se le añadió
- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 3 cucharaditas
- Más de 3 cucharaditas

52g. ¿Qué tan seguido le agregó queso crema (por ejemplo Mendicrim® o Casancrem®) a sus papas, YA SEA AL COCINARLAS O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 52i)
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

52h. Cada vez que le agregó queso crema a sus papas, ¿cuánto le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 2 cucharadas soperas
- Más de 2 cucharadas soperas

Durante los últimos 12 meses...

52i. ¿Qué tan seguido le agregó aceite a sus papas, YA SEA AL COCINARLAS O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 53)
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

52j. Cada vez que le agregó aceite a sus papas, ¿cuánto le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 3 cucharadas soperas
- Más de 3 cucharadas soperas

53. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted ketchup?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 54)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

53a. Cada vez que comió ketchup, ¿cuánta comió por lo general?

- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 6 cucharaditas
- Más de 6 cucharaditas

54. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted lentejas, habas o porotos (porotos colorados, porotos de soja o porotos blancos)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 55)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

54a. Cada vez que comió lentejas, habas o porotos ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza una vez cocidos
- De 1/2 a 1 taza una vez cocidos
- Más de 1 taza una vez cocidos

54b. ¿Qué tan seguido los porotos, habas o lentejas que comió fueron fritos, rehogados o preparados con el agregado de algún tipo de grasa, o con carne?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

55. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted otros tipos de verduras o vegetales?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 56)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

55a. Cada vez que comió otros tipos de verduras o vegetales, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza
- De 1/4 a 1/2 de taza
- Más de 1/2 de taza

56. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted arroz u otros granos cocidos (como trigo burgol, trigo partido o agrietado, cuchuco o mijo o quinoa o amaranto)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 57)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

56a. Cada vez que comió arroz u otros granos cocidos, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de ½ taza una vez cocidos
- De ½ a 1½ tazas una vez cocidos
- Más de 1½ tazas una vez cocidos

56b. ¿Qué tan seguido se le agregó manteca, mantequilla, margarina o aceite a su arroz AL COCINARLO O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

Durante los últimos 12 meses...

56c. ¿Qué tan seguido se le agregó queso a su arroz AL COCINARLO O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

57. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted harina de maíz o polenta?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 58)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

57a. Cada vez que comió harina de maíz o polenta, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de ½ taza
- De ½ a 1½ tazas
- Más de 1½ tazas

57b. ¿Qué tan seguido se le agregó queso AL COCINARLA O EN LA MESA?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

58. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted lasaña, canelones, agnolotis, raviolos o tortellini u otra pasta rellena? (Por favor no incluya espagueti o tallarines ni ninguna otra pasta no rellena.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 59)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

58a. Cada vez que comió lasaña, canelones, agnolotis, raviolos o tortellini u otra pasta rellena, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 taza o menos de 1 plato al ras
- De 1 a 2 tazas o 1 a 2 platos al ras
- Más de 2 tazas o más de 2 platos al ras

58b. ¿Qué tan seguido comió usted lasaña, canelones, agnolotis, raviolos o tortellini u otra pasta rellena con salsa de tomate hecha CON carne?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

58c. ¿Qué tan seguido comió usted lasaña, canelones, agnolotis, raviolos o tortellini u otra pasta rellena con salsa de tomate hecha SIN carne?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

58d. ¿Qué tan seguido comió usted lasaña, canelones, agnolotis, raviolos o tortellini u otra pasta rellena con margarina, manteca, mantequilla, aceite, crema o salsa de crema?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

58e. ¿Qué tan seguido comió usted lasaña, canelones, agnolotis, raviolos o tortellini u otra pasta rellena con queso de rallar?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

59. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted fideos en ensalada?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 60)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses...

59a. Cada vez que comió fideos en ensalada, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de ½ taza o menos de ½ plato
- De ½ a 1 taza o de ½ a 1 plato
- Más de 1 taza o más de un plato

60. Sin incluir las pastas mencionadas en las Preguntas 58 y 59, ¿qué tan seguido comió usted espaguetis, tallarines u otros fideos o pastas no rellenas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 61)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

60a. Cada vez que comió espaguetis, tallarines u otros fideos o pastas no rellenas, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 taza o menos de 1 plato al ras
- De 1 a 2 tazas o de 1 a 2 platos al ras
- Más de 2 tazas o más de 2 platos al ras

60b. ¿Qué tan seguido comió usted sus espaguetis, tallarines u otros fideos o pastas no rellenas con salsa de tomate hecha CON carne?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

60c. ¿Qué tan seguido comió usted sus espaguetis, tallarines u otros fideos u otras pastas no rellenas con salsa de tomate hecha SIN carne?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

60d. ¿Qué tan seguido comió usted sus espaguetis, tallarines u otros fideos u otras pastas no rellenas con margarina, manteca o mantequilla, aceite, crema o salsa de crema?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

60e. ¿Qué tan seguido le agregó usted a sus espaguetis, tallarines u otros fideos u otra pasta no rellena queso de rallar?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

61. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted pan en el desayuno o la merienda? (como pan francés, pan lactal o pan criollo, miñón, Felipe, árabe, de salvado, etc.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 62)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

61a. Cada vez que comió pan en el desayuno o la merienda, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 miñón o menos de 2 rebanadas de pan lactal o menos de medio Felipe
- 1 miñón o 2 rebanadas de pan lactal o medio Felipe
- Más de 1 miñón o más de 2 rebanadas de pan lactal o más de medio Felipe

61b. ¿Qué tan seguido se le agregó margarina (incluyendo baja en grasa) a su pan?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

61c. ¿Qué tan seguido se le agregó manteca o mantequilla (incluyendo light o baja en grasa) a su pan?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

Durante los últimos 12 meses...

61d. Cada vez que se le agregó margarina, manteca o mantequilla a su pan, ¿cuánta se le agregó por lo general?

- Nunca se le agregó
- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 2 cucharaditas
- Más de 2 cucharaditas

61e. ¿Qué tan seguido se le agregó queso crema (Por ejemplo Mendicrim® o Casancrem®, incluyendo bajo en grasa) a su pan?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 61g)
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

61f. Cada vez que le agregó queso crema a su pan, ¿cuánto le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 2 cucharadas soperas
- Más de 2 cucharadas soperas

61g. ¿Qué tan seguido le agregó queso fresco, mantecoso, cuartirolo o port salut (incluyendo bajo en grasa) a su pan?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 62)
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

61h. Cada vez que se le agregó queso fresco, mantecoso, cuartirolo o port salut a su pan ¿cuánto se le agregó por lo general?

- Menos de 1 porción del tamaño de una cajita de fósforos pequeña
- De 1 a 2 porciones del tamaño de una cajita de fósforos pequeña
- Más de 2 porciones del tamaño de una cajita de fósforos pequeña

62. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted mermelada, jalea o miel de abeja con pan, galletas, galletitas de agua o galletitas dulces?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 63)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

La Pregunta 63 aparece en la siguiente columna.

62a. Cada vez que comió mermelada, jalea o miel de abeja, ¿cuánta comió por lo general? (No responda la cantidad por cada rebanada o galletita, sino el total que comió cada vez)

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 3 cucharadas soperas
- Más de 3 cucharadas soperas

63. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted dulce de leche con pan, galletas, galletitas de agua o dulces?

- NUNCA (PASE A LA INTRODUCCIÓN DE LA
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

63a. Cada vez que comió dulce de leche ¿cuánto comió por lo general? (No responda la cantidad por cada rebanada o galletita, sino el total que comió cada vez)

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 3 cucharadas soperas
- Más de 3 cucharadas soperas

Las siguientes preguntas son sobre su consumo de panes, sin incluir el pan consumido en el desayuno y merienda Primero, le preguntaremos solamente acerca del pan que comió como parte de sándwiches. Después le preguntaremos sobre todo el resto de pan que haya comido.

64. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted panes COMO PARTE DE SANDWICHES (incluyendo pan de hamburguesa, pan de panchos o pan de Viena, pan de miga, pan francés, pan criollo, pan lactal, pan árabe, pan de salvado, etc.)? (Por favor incluya también el pan de los chivitos uruguayos)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 65)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

La Pregunta 65 aparece en la siguiente columna.

Durante los últimos 12 meses...

64a. Cada vez que comió panes COMO PARTE DE SANDWICHES, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 2 rebanadas de pan lactal o menos de 1 miñón o menos de 1 pan árabe o menos de ¾ de pebete
- 2 rebanadas de pan lactal o 1 miñón o 1 pan árabe o de ¾ a 1 pebete
- Más de 2 rebanadas o más de 1 miñón o más de un pan árabe o más de un pebete

64b. ¿Qué tan seguido el pan que usó para sándwiches fue pan blanco?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

64c. ¿Qué tan seguido se le agregó mayonesa o aderezo tipo mayonesa o salsa golf (incluyendo baja en grasa) al pan de sus sándwiches?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 64e)
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

64d. Cada vez que se le agregó mayonesa o aderezo tipo mayonesa o salsa golf al pan de sus sándwiches, ¿cuánta se le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 3 cucharaditas
- Más de 3 cucharaditas

64e. ¿Qué tan seguido se le agregó margarina (incluyendo baja en grasa) al pan de sus sándwiches?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

64f. ¿Qué tan seguido se le agregó manteca o mantequilla (incluyendo baja en grasa) al pan de sus sándwiches?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

64g. Cada vez que se le agregó margarina, manteca mantequilla al pan de sus sándwiches, ¿cuánta se le agregó por lo general?

- Nunca se le añadió
- Menos de 1 cucharadita
- Más de 2 cucharaditas
- De 1 a 2 cucharaditas

65. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted panes en el almuerzo y/o en la cena pero NO COMO PARTE DE SANDWICHES?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 66)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

65a. Cada vez que comió panes en el almuerzo y/o en la cena pero NO COMO PARTE DE SANDWICHES, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 2 rebanadas de pan lactal o menos de 1 miñón
- 2 rebanadas de pan lactal o 1 miñón
- Más de 2 rebanadas de pan lactal o más de 1 miñón

65b. ¿Qué tan seguido el pan que comió en el almuerzo y/o en la cena fue pan blanco?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

65c. ¿Qué tan seguido se le agregó margarina (incluyendo baja en grasa) al pan?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

65d. ¿Qué tan seguido se le agregó manteca o mantequilla (incluyendo light) al pan?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

Durante los últimos 12 meses...

65e. Cada vez que le agregó margarina, manteca o mantequilla a sus panes, ¿cuánta le agregó por lo general?

- Nunca
- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 2 cucharaditas
- Más de 2 cucharaditas

65f. ¿Qué tan seguido le agregó queso crema (por ejemplo Mendicrim® o Casancrem®, incluyendo bajo en grasa) a sus panes?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 66)
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

65g. Cada vez que le agregó queso crema a sus panes, ¿cuánto le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 2 cucharadas soperas
- Más de 2 cucharadas soperas

66. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted carne EN SANDWICHES (o en chivitos uruguayos)? (Como matambre o peceto).

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 67)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

66a. Cada vez que comió carne EN SANDWICHES (o en chivitos uruguayos), ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 rebanada fina o menos de 60gr
- De 1 a 2 rebanadas fina o 60-120gr
- Más de 2 rebanadas finas o más de 120gr

67. ¿Qué tan seguido comió usted fiambres tipo jamón cocido, paleta, salchichón o mortadela? (Más adelante le haremos otras preguntas sobre jamón crudo.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 68)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

67a. Cada vez que comió fiambres tipo jamón cocido, paleta, salchichón o mortadela, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 feta
- De 1 a 3 fetas
- Más de 3 fetas

68. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted jamón crudo o bondiola?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 69)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

68a. Cada vez que comió jamón crudo o bondiola, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 feta
- De 1 a 3 fetas
- Más de 3 fetas

69. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted salame o salamin?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 70)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

69a. Cada vez que comió salame o salamin, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 feta o menos de una rebanada
- De 1 a 3 fetas o de 1 a 3 rebanadas
- Más de 3 fetas o más de 3 rebanadas

70. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted atún o caballa enlatada (incluyendo en ensaladas o sándwiches o guisos o guisados con verdura al horno)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 71)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses...

70a. Cada vez que comió atún o caballa enlatada, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza o menos de media lata de 170gr
 De 1/4 a 1/2 taza o de media lata a 1 lata de 170gr
 Más de 1/2 taza o más de 1 lata de 170gr

70b. ¿Qué tan seguido el atún o la caballa enlatada que usted comió fue en aceite?

- Casi nunca o nunca
 Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
 Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

70c. ¿Qué tan seguido el atún o caballa enlatada que usted comió se preparó con mayonesa o con otro aderezo (incluyendo bajo en grasa)?

- Casi nunca o nunca
 Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
 Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

71. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted sardinas enlatadas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 72)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

71a. Cada vez que comió sardinas enlatadas, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza o menos de 1/2 lata o menos de 60gr
 De 1/4 a 1/2 taza o de 1/2 a 3/4 de lata o de 60-90gr
 Más de 1/2 taza o más de 3/4 de lata o más de 90gr

71b. ¿Qué tan seguido las sardinas enlatadas que comió fueron en aceite?

- Casi nunca o nunca
 Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
 Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

La Pregunta 72 aparece en la siguiente columna.

72. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted hamburguesas de carne (comerciales o caseras)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 73)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

72a. Cada vez que comió hamburguesas de carne, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1 hamburguesa
 1 hamburguesa
 Más de 1 hamburguesa

72b. ¿Qué tan seguido las hamburguesas de carne de que usted comió fueron preparadas con carne picada magra o baja en grasa o fueron light o dietéticas?

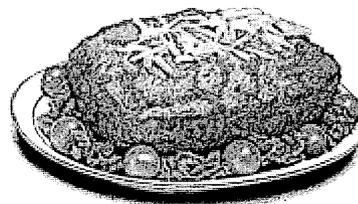
- Casi nunca o nunca
 Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
 Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

73. ¿Qué tan seguido comió usted carne picada o molida en preparaciones (como albóndigas, guisos, pastel de papas, pan de carne o rellenos de vegetales)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 74)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

73a. Cada vez que comió carne picada o molida en preparaciones, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/2 taza o menos de 100gr
 De 1/2 a 1 taza o de 100 a 200gr
 Más de 1 de taza o más de 200gr



La Pregunta 74 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

74. ¿Qué tan seguido comió usted panchos o salchichas de Viena? (Por favor no incluya salchichas parrilleras, ni salchichas vegetarianas ni panchos vegetarianos.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 75)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

74a. Cada vez que comió panchos o salchichas de Viena, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 1 salchicha
- De 1 a 2 salchichas
- Más de 2 salchichas

74b. ¿Qué tan seguido los panchos o salchichas de Viena que usted comió fueron bajos en grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

75. ¿Qué tan seguido comió usted carne en preparaciones como estofado, locro, guiso o puchero, o con verduras o vegetales?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 76)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

75a. Cada vez que comió carne en estofado, locro, guiso o puchero, o con verduras o vegetales, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 50gr o una porción del tamaño de media hamburguesa
- De 50 a 150gr o una porción del tamaño de $\frac{1}{2}$ a $1\frac{1}{2}$ hamburguesa
- Más de 150gr o más de una porción del tamaño de $1\frac{1}{2}$ hamburguesas

La Pregunta 76 aparece en la siguiente columna.

76. ¿Qué tan seguido comió usted tira de asado al horno o a la parrilla? (Por favor no incluya asado de carne que ya incluyó en sándwiches.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 77)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

76a. Cada vez que comió tira de asado al horno o a la parrilla, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 tira fina o menos de 100gr
- De 1 a 2 tiras de asado finas o de 100-200gr
- Más de 2 tiras de asado finas o más de 200gr

77. ¿Qué tan seguido comió usted bife ancho o angosto, bistec, lomo, nalga, cuadril o vacío? (No incluya carne en sándwiches.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 78)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

77a. Cada vez que comió bife ancho o angosto, bistec, lomo, nalga, cuadril, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 100gr o menos de un bife pequeño
- De 100-200gr o un bife
- Más de 200gr o más de un bife grande

78. ¿Qué tan seguido comió usted milanesa de carne de vaca? (Por favor no incluya carne en sándwiches.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 79)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

78a. Cada vez que comió milanesa de carne de vaca, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de una milanesa mediana o menos de 100gr
- De 1 a 2 milanesas medianas o de 100 a 200gr
- Más de 2 milanesas medianas o más de 200gr

La Pregunta 79 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

78b. ¿Qué tan seguido las milanesas de carne que usted comió fueron fritas?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

79. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted pollo como parte de ensaladas, sándwiches, guisados o guisos con verdura, estofados o pucheros u otras preparaciones?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 80)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

79a. Cada vez que comió pollo como parte de ensaladas, sándwiches, guisados o guisos con verdura estofados o pucheros u otras preparaciones, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de ½ taza
- De ½ a 1 taza
- Más de 1 taza

80. ¿Qué tan seguido comió usted pollo al horno, asado a la parrilla, rehogado o frito (incluyendo milanesa de pollo bocados, "patitas" o "nuggets")?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 81)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

80a. Cada vez que comió pollo al horno, asado, asado a la parrilla, rehogado o frito (incluyendo bocados, "patitas" o "nuggets"), ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 2 patas o alas o menos de ½ pechuga o menos de 1 muslo, o menos de 4 bocados o "nuggets"
- 2 patas o alas o ½ pechuga o 1 muslo, o de 4 a 8 bocados o "nuggets"
- Más de 2 patas o alas, más de ½ pechuga o más de 1 muslo, o más de 8 bocados o "nuggets" o ¼ de pollo o más

80b. ¿Qué tan seguido el pollo que usted comió fue pollo frito o bocados o "nuggets" de pollo?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

80c. ¿Qué tan seguido el pollo que usted comió fue pechuga o blanco de ave?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

80d. ¿Qué tan seguido comió usted pollo CON piel?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

81. ¿Qué tan seguido comió usted cerdo o lechón al horno? (Por favor no incluya las costillitas de cerdo)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 82)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

81a. Cada vez que comió usted cerdo o lechón al horno, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 80gr o menos de 1 bifecito o chuleta
- De 80-160gr o de 1 a 2 bifecitos o chuletas
- Más de 160gr o más de 2 bifecitos o chuletas

82. ¿Qué tan seguido comió usted costillitas de cerdo?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 83)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses...

82a. Cada vez que comió costillitas de cerdo, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1 unidad
- De 1-2 unidades
- Más de 2 unidades

83. ¿Qué tan seguido comió usted cerdo o lechón a la parrilla o al asador o en otras preparaciones? (Por favor no incluya cerdo al horno.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 84)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

83a. Cada vez que comió cerdo o lechón a la parrilla o al asador, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 80gr o menos de 1 bifecito o chuleta
- De 80-160gr o de 1 a 2 bifecitos o chuletas
- Más de 160gr o más de 2 bifecitos o chuletas

84. ¿Qué tan seguido comió usted otras carnes (como chivo, cordero, oveja, conejo, caballo, llama, etc.)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 85)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

84a. Cada vez que comió otras carnes (como chivo, cordero, oveja, conejo, caballo o llama, etc.), ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 80gr o menos de 1 bifecito o churrasco pequeño
- De 80 a 160 gr o de 1 a 2 bifecitos o churrascos pequeños
- Más de 160gr o más de 2 bifecitos o churrascos pequeños

85. ¿Qué tan seguido comió usted achuras o vísceras como riñón, chinchulín, molleja o sesos.

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 86)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

La Pregunta 86 aparece en la siguiente columna.

85a. Cada vez que comió achuras o vísceras de vaca ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 100gr o menos de 3 rebanadas
- De 100 a 150gr o de 3-4 rebanadas
- Más de 150gr o más de 4 rebanadas

85b. ¿Qué tan seguido las vísceras que usted comió fueron mollejas?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

86. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted hígado (de todo tipo) o paté de hígado?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 87)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

86a. Cada vez que comió hígado (todo tipo) o paté de hígado, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 30gr o menos de 2 cucharadas soperas
- De 30 a 120gr o de ¼ a 1 churrasco de hígado pequeño
- Más de 120gr o más de un churrasco de hígado pequeño

87. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted panceta?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 88)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

87a. Cada vez que comió panceta, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 2 fetas
- De 2 a 3 fetas
- Más de 3 fetas

La Pregunta 88 aparece en la siguiente página.

90a. Cada vez que comió pescado o mariscos o frutos de mar no fritos, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de ¼ de plato o menos de 1 filete pequeño
 De ¼ a ¾ de plato o 1 filete (de cualquier tamaño)
 Más de ¾ de plato o más de 1 filete grande

Ahora piense en toda la carne, aves y pescado que usted comió en los últimos 12 meses y en cómo fueron preparados.

91. ¿Qué tan seguido se usó aceite, manteca o mantequilla, margarina u otra grasa para FREÍR, SALTEAR, BAÑAR, ADOBAR o MARINAR las carnes, aves o pescados que usted haya comido? (Por favor no incluya aquellos que haya freído en aceite abundante.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 92)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

91a. ¿Cuál de los siguientes aceites o grasas se utilizó habitualmente para preparar su carne, aves o pollos o pescado? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Margarina (incluyendo baja en grasa)
 Manteca o mantequilla (incluyendo baja en grasa)
 Grasa de cerdo, tocino
 Grasa vacuna
 Aceite de oliva
 Aceite de maíz/girasol
 Aceite de canola
 Aceite de soja
 Aceite en aerosol o spray tipo Fritolín®,
 Otros tipos de aceites
 Ninguno de los anteriores

92. ¿Qué tan seguido comió usted tofú, hamburguesas de soja, salchichas de soja o productos de soja como sustituto de carne?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 93)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses...

88. ¿Qué tan seguido comió usted chorizo, salchicha parrillera, morcilla o butifarra?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 89)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

88a. Cada vez que comió chorizo, salchicha parrillera, morcilla o butifarra, ¿cuánta comió por lo general?

- Menos de 2 unidades pequeñas de chorizo o morcilla o menos de un trozo del mismo tamaño de salchicha parrillera
 De 2 a 5 unidades pequeñas o trozos
 Más de 5 unidades pequeñas o trozos

89. ¿Qué tan seguido comió usted pescado frito (incluyendo filet a la romana, milanesa de pescado y mariscos fritos o frutos de mar o moluscos de concha)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 90)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

89a. Cada vez que comió pescado frito, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de ¼ de plato o menos de 1 filete pequeño
 De ¼ a ¾ de plato o 1 filete (de cualquier tamaño)
 Más de ¾ de plato o más de 1 filete grande

90. ¿Qué tan seguido comió usted pescado o mariscos o frutos de mar NO FRITOS (incluyendo moluscos de concha)?

- NUNCA (PASE A LA INTRODUCCIÓN DE LA PREGUNTA 91)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

Durante los últimos 12 meses,

92a. Cada vez que comió tofú, hamburguesas de soja, salchichas de soja o productos de soja como sustituto de carne, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza o menos de 1 milanesa o menos de 2 salchichas de soja
- De 1/4 a 1/2 de taza o de 1-2 milanesas de soja o 2 a 4 salchichas de soja
- Más de 1/2 de taza o más de 2 milanesas de soja o más de 4 salchichas de soja

93. Durante los últimos 12 meses, ¿tomó usted sopas?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 94)
- SI

93a. ¿Qué tan seguido tomó usted sopa EN EL INVIERNO?

- NUNCA
- 1-6 veces cada invierno
- 7-11 veces cada invierno
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

93b. ¿Qué tan seguido tomó usted sopa EL RESTO DEL AÑO?

- NUNCA
- 1-6 veces
- 7-11 veces
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

93c. Cada vez que tomó sopa, ¿cuánta tomó por lo general?

- Menos de 1 taza o plato hondo
- De 1 a 2 tazas o platos hondos
- Más de 2 tazas o platos hondos

93d. ¿Qué tan seguido las sopas que usted tomó fueron sopas de porotos, habas o lentejas?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

La Pregunta 94 aparece en la siguiente columna.

93e. ¿Qué tan seguido las sopas que usted tomó fueron sopas crema (incluyendo envasadas o caseras)?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

93f. ¿Qué tan seguido las sopas que usted tomó fueron sopas de tomate o de verduras o vegetales?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

93g. ¿Qué tan seguido las sopas que usted tomó fueron caldos (incluyendo caldo de carnes) con fideos o tallarines o arroz?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

94. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted pizza?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 95)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

94a. Cada vez que comió pizza, ¿cuánta comió por lo general?

- Menos de 1 porción (menos de 1/8 de pizza grande)
- De 1 a 3 porciones
- Más de 3 porciones

94b. ¿Qué tan seguido comió usted pizza con jamón o salame?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

Pregunta 95 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

95. ¿Qué tan seguido comió usted empanadas o tartas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 96)
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1-6 veces al año | <input type="radio"/> 2 veces a la semana |
| <input type="radio"/> 7-11 veces al año | <input type="radio"/> 3-4 veces a la semana |
| <input type="radio"/> 1 vez al mes | <input type="radio"/> 5-6 veces a la semana |
| <input type="radio"/> 2-3 veces al mes | <input type="radio"/> 1 vez al día |
| <input type="radio"/> 1 vez a la semana | <input type="radio"/> 2 o más veces al día |

95a. Cada vez que comió empanadas o tartas, ¿cuánta comió por lo general?

- Menos de 2 empanadas o menos de 1 porción de tarta
- De 2 a 4 empanadas o de 1 a 2 porciones de tarta
- Más de 4 empanadas o más de 2 porciones de tarta

96. ¿Qué tan seguido comió usted galletitas saladas o galletitas de agua?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 97)
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1-6 veces al año | <input type="radio"/> 2 veces a la semana |
| <input type="radio"/> 7-11 veces al año | <input type="radio"/> 3-4 veces a la semana |
| <input type="radio"/> 1 vez al mes | <input type="radio"/> 5-6 veces a la semana |
| <input type="radio"/> 2-3 veces al mes | <input type="radio"/> 1 vez al día |
| <input type="radio"/> 1 vez a la semana | <input type="radio"/> 2 o más veces al día |

96a. Cada vez que comió galletitas saladas o galletitas de agua, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 4 galletitas saladas o de agua pequeñas (por ejemplo tamaño Criollitas® o Desayuno®)
- De 4 a 10 galletitas saladas o de agua pequeñas
- Más de 10 galletitas saladas o de agua pequeñas

96b. ¿Qué tan seguido las galletitas saladas que usted comió fueron integrales o de salvado?

- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

96c. ¿Qué tan seguido las galletitas que usted comió fueron diet o bajas en grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

96d. ¿Qué tan seguido se le agregó margarina (incluyendo baja en grasa) a su galletitas saladas o de agua?

- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

96e. ¿Qué tan seguido se le agregó manteca o mantequilla (incluyendo baja en grasas) a sus galletitas saladas o de agua?

- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

96f. Cada vez que se le agregó margarina, manteca o mantequilla a sus galletitas saladas o de agua, ¿cuánta se le agregó por lo general?

- Nunca se les añadió
- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 2 cucharaditas
- Más de 2 cucharaditas

96g. ¿Qué tan seguido se le agregó queso crema (por ejemplo Mendicrim® o Casancrem®, incluyendo bajo en grasa) a sus galletitas saladas o de agua?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 96i)
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

96h. Cada vez que le agregó queso crema a sus galletitas saladas o de agua, ¿cuánto se le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 2 cucharadas soperas
- Más de 2 cucharadas soperas

Durante los últimos 12 meses...

96i. ¿Qué tan seguido le agregó queso fresco, mantecoso, cuartirolo o port salut (incluyendo bajo en grasa) a sus galletitas saladas o de agua?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 97)
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

96j. Cada vez que se le agregó queso fresco, mantecoso, cuartirolo o port salut a sus galletitas saladas ¿cuánto se le agregó por lo general?

- Menos de 1 porción del tamaño de 1 cajita de fósforos pequeña
- De 1 a 2 porciones del tamaño de una cajita de fósforo pequeña
- Más de 2 porciones del tamaño de una cajita de fósforos pequeña

97. ¿Qué tan seguido comió usted galletitas dulces?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 98)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

97a. Cada vez que comió galletitas dulces, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 2 galletitas
- De 2 a 3 galletitas
- Más de 3 galletitas

97b. ¿Qué tan seguido las galletitas dulces que usted comió fueron rellenas (por ejemplo Rumbas®, Oreo®, Sonrisas®, Lulú®, etc.)?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

98. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido comió usted papas fritas de copetín (o papas chips) como Lays®, Pringles®, etc.)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 99)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

98a. Cada vez que comió papas fritas de copetín (o papas chips) ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 10 unidades o menos de 1 taza
- De 10 a 25 unidades o de 1 a 2 tazas
- Más de 25 unidades o más de 2 tazas

99. ¿Qué tan seguido comió usted palomitas de maíz o maíz, trigo o arroz inflado o pochoclo o tutuca?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 100)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

99a. Cada vez que comió palomitas de maíz o maíz, trigo o arroz inflado (ya preparados) o pochoclo o tutuca, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1 taza
- De 1 a 3 tazas
- Más de 3 tazas

100. ¿Qué tan seguido comió usted palitos salados?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 101)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

100a. Cada vez que comió palitos salados, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 5 palitos tamaño promedio
- De 5 a 20 palitos tamaño promedio
- Más de 20 palitos tamaño promedio

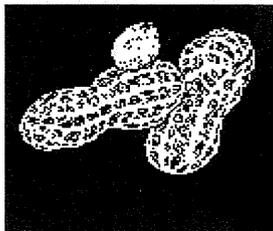
Durante los últimos 12 meses...

101. ¿Qué tan seguido comió usted maní, nueces, pistacho, almendras, avellanas, semillas u otras nueces?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 102)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

101a. Cada vez que comió maní, nueces, pistachos, almendras, avellanas, semillas u otras nueces, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1/4 de taza o menos de media computadora pequeña
- De 1/4 a 1/2 taza o de 1/2 a 1 computadora pequeña
- Más de 1/2 taza o más de una computadora pequeña



102. ¿Qué tan seguido comió usted barras energéticas o barritas de cereal?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 103)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

102a. Cada vez que comió barras energéticas o de cereal, ¿cuántas comió por lo general?

- Menos de 1 barrita
- 1 barrita
- Más de 1 barrita

La Pregunta 103 aparece en la siguiente columna.

103. ¿Qué tan seguido comió usted yogurt u otros lácteos similares como por ejemplo Activia®, Actimel® o Yakult®? (Incluya enteros y descremados. Por favor incluya también el yogurt que agregó a los cereales)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 104)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

103a. Cada vez que comió yogurt u otros lácteos similares como Activia®, Actimel® o Yakult®, ¿cuánto comió por lo general?

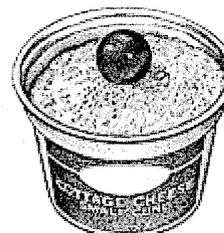
- Menos de 1/2 taza o menos de 1/2 pote (de 200gr) o menos de 1 envase pequeño (de 125gr)
- 1/2 a 1 taza o de 1 envase pequeño (125gr) a 1 pote (de 200gr)
- Más de 1 taza o más de 1 pote (de 200gr) o más de 2 envases pequeños (de 125gr c/u)

103b. ¿Qué tan seguido el yogurt o los otros lácteos similares que usted comió fueron descremados o bajos en grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como 1/4 de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como 1/2 de las veces (la mitad de las veces)
- Como 3/4 de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

104. ¿Qué tan seguido comió usted ricota, requesón o queso cottage (incluyendo bajo en grasa)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 105)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día



La Pregunta 105 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

104a. Cada vez que comió ricota, requesón o queso cottage, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
- De 1 a 2 cucharadas soperas
- Más de 2 cucharadas soperas

104b. ¿Qué tan seguido la ricota, el requesón o el queso cottage que usted comió fueron descremados o bajos en grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

105. ¿Qué tan seguido comió usted otro queso (incluyendo bajo en grasa, en hamburguesas o en sándwiches o en pan)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 106)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

105a. Cada vez que comió otro queso, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 15gr o menos de 1 feta
- De 15-50gr o 1 a 2 fetas o 1 rebanada fina
- Más de 50gr o más de 1 rebanada fina

105b. ¿Qué tan seguido el queso que usted comió fue bajo en grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

106. ¿Qué tan seguido comió usted helado de agua (incluyendo bajos en azúcar o sin azúcar, en palitos o de heladería)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 107)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

La Pregunta 107 aparece en la siguiente página.

106a. Cada vez que comió helado de agua, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de $\frac{1}{2}$ taza o menos de 1 palito helado
- De $\frac{1}{2}$ a 1 taza o de 1 a 2 palitos helados
- Más de 1 taza o más de 2 palitos

107. ¿Qué tan seguido comió usted helado de crema (incluyendo bajos en grasa o light)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 108)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

107a. Cada vez que comió helado de crema, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de $\frac{1}{2}$ taza
- De $\frac{1}{2}$ a 1 taza
- Más de 1 taza

107b. ¿Qué tan seguido fue el helado de crema que usted comió bajo en grasa, sin grasa o light?

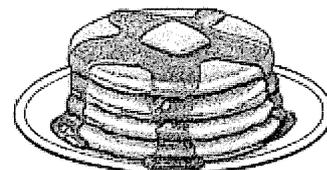
- Casi nunca o nunca
- Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
- Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

108. ¿Qué tan seguido comió usted panqueques?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 109)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

108a. Cada vez que comió panqueques, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 1 unidad
- De 1 a 3 unidades
- Más de 3 unidades



La Pregunta 109 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

108b. ¿Qué tan seguido se le agregó dulce de leche (incluyendo bajo en grasa) a sus panqueques?

- Casi nunca o nunca
 Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
 Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

108c. Cada vez que se agregó dulce de leche a sus panqueques ¿cuánto se agregó por lo general?

- Nunca se le añadió
 Menos de 1 cucharada sopera
 De 1 a 2 cucharadas soperas
 Más de 2 cucharadas soperas

108d. ¿Qué tan seguido se le agregó almíbar, miel o miel artificial a sus panqueques?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 108f)
 Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
 Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

108e. Cada vez que se le agregó almíbar, miel o miel artificial a sus panqueques ¿cuánto se le agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharada sopera
 De 1 a 2 cucharadas soperas
 Más de 2 cucharadas soperas

108f. ¿Qué tan seguido le agregó otro dulce o jalea (incluyendo bajas calorías o sin azúcar) a sus panqueques?

- Casi nunca o nunca (PASE A LA PREGUNTA 109)
 Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
 Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

108g. Cada vez que se le agregó otro dulce o jalea a sus panqueques ¿cuánto se le agregó por lo general?

- Nunca se le agregó
 Menos de 1 cucharada sopera
 De 1 a 2 cucharadas soperas
 Más de 2 cucharadas soperas

La Pregunta 109 aparece en la siguiente columna.

109. ¿Qué tan seguido comió usted bizcochuelo de vainilla, chocolate u otro sabor ?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 110)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

109a. Cada vez que comió bizcochuelo, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 trozo mediano o menos de un cubo de 6 x 6 x 6cm
 1 trozo mediano o 1 cubo de 6 x 6 x 6 cm
 Más de 1 trozo mediano o más de un cubo de 6x 6 x 6 cm

110. ¿Qué tan seguido comió usted torta, budines o brownies (incluyendo bajos en grasa)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 111)
 1-6 veces al año 2 veces a la semana
 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
 2-3 veces al mes 1 vez al día
 1 vez a la semana 2 o más veces al día

110a. Cada vez que comió torta, budines o brownies ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 2 rebanadas finas de budín o menos de 1 rebanada de torta o menos de 1 trozo pequeño de brownie (6x6x3cm)
 2 a 4 rebanadas finas de budín o de 1 a 2 rebanadas de torta o de 1 a 2 trozos pequeños de brownie
 Más de 4 rebanadas finas de budín o más de 2 rebanadas de torta o más de 2 trozos pequeños de brownie

110b. ¿Qué tan seguido fueron la torta, budines o brownies que usted comió bajos en grasa o sin grasa?

- Casi nunca o nunca
 Como $\frac{1}{4}$ de las veces (menos de la mitad de las veces)
 Como $\frac{1}{2}$ de las veces (la mitad de las veces)
 Como $\frac{3}{4}$ de las veces (más de la mitad de las veces)
 Casi siempre o siempre

La Pregunta 111 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

111. ¿Qué tan seguido comió usted facturas o bizcochos, churros, tortas fritas o pastelitos (o pasteles)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 112)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

111a. Cada vez que comió facturas o bizcochos, churros, tortas fritas o pastelitos (o pasteles), ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 1 unidad
- De 1 a 2 unidades
- Más de 2 unidades

111b. ¿Qué tan seguido las facturas o bizcochos, churros, tortas fritas o pastelitos (o pasteles) que usted comió fueron rellenas con dulce de leche, membrillo o crema pastelera?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

112. ¿Qué tan seguido comió usted flan, postres lácteos o de leche comerciales o caseros (incluyendo bajos en grasa o sin grasa)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 113)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

112a. Cada vez que comió flan, postres lácteos o de leche comerciales o caseros, ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de 1 pote o compotera
- 1 pote o compotera
- Más de 1 pote o compotera

112b. ¿Qué tan seguido el flan o postre que usted comió fue bajo en grasa, light o diet?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

113. ¿Qué tan seguido comió usted tartas dulces?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 114)
- 1-6 veces al año 2 veces a la semana
- 7-11 veces al año 3-4 veces a la semana
- 1 vez al mes 5-6 veces a la semana
- 2-3 veces al mes 1 vez al día
- 1 vez a la semana 2 o más veces al día

113a. Cada vez que comió tartas dulces ¿cuánto comió por lo general?

- Menos de una porción (menos de 1/8 de una tarta)
- Aproximadamente una porción (1/8 de una tarta)
- Más de 1 porción (más de 1/8 de una tarta)

Las siguientes cinco preguntas son sobre los tipos de tartas dulces que usted comió. Por favor lea las cinco preguntas antes de contestar.

113b. ¿Qué tan seguido las tartas dulces que usted comió fueron tartas o tartaletas de fruta (por ejemplo de manzana, frutilla, ananá, o de otra fruta)?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

113c. ¿Qué tan seguido las tartas dulces que usted comió fueron tartas con merengue (como por ejemplo lemon-pie)?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

Durante los últimos 12 meses...

113d. ¿Qué tan seguido las tartas dulces que usted comió fueron de dulce de leche?

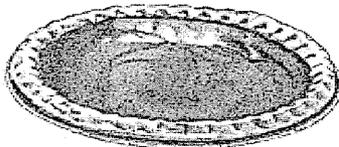
- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

113e. ¿Qué tan seguido las tartas dulces que usted comió fueron de dulce de batata o membrillo?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

113f. ¿Qué tan seguido las tartas dulces que usted comió fueron de ricota o de queso?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre



114. ¿Qué tan seguido comió usted chocolates o bombones de chocolate?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 115)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

114a. Cada vez que comió chocolates o bombones de chocolate, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 1 una barrita o menos de 2 chocolates o menos de 3 bombones
- De 1 a 2 barritas o de 2 a 4 chocolates o de 3 a 5 bombones
- Más de 2 barritas o más de 4 chocolates o más de 5 bombones

La Pregunta 115 aparece en la siguiente columna.

115. ¿Qué tan seguido comió usted otros dulces o golosinas?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 116)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

115a. Cada vez que comió otros dulces o golosinas, ¿cuántos comió por lo general?

- Menos de 2 unidades
- De 2 a 9 unidades
- Más de 9 unidades

116. ¿Qué tan seguido comió usted huevos o claras de huevo (SIN contar huevos contenidos en productos masas y postres)? (Por favor incluya huevos en ensaladas, tartas y soufflés.)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 117)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

116a. Cada vez que comió huevos o claras, ¿cuántos comió por lo general?

- 1 huevo o 1 clara
- 2 huevos o 2 claras
- 3 o más huevos o 3 o más claras

116b. ¿Qué tan seguido comió usted solamente claras de huevo (parte blanca)?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

116c. ¿Qué tan seguido los huevos que usted comió fueron enteros (es decir la parte blanca y la amarilla)?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

La Pregunta 117 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

116d. ¿Qué tan seguido los huevos que usted comió fueron cocidos en aceite, manteca, mantequilla o margarina?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

116e. ¿Qué tan seguido los huevos que usted comió fueron parte de una ensalada?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

117. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas tazas de café (con o sin cafeína), bebió usted?

- NINGUNA (PASE A LA PREGUNTA 118)
- Menos de 1 taza al mes
- 1-3 tazas al mes
- 1 taza a la semana
- 2-4 tazas a la semana
- 5-6 tazas a la semana
- 1 taza al día
- 2-3 tazas al día
- 4-5 tazas al día
- 6 o más tazas al día

117a. ¿Qué tan seguido el café que tomó fue sin cafeína?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

118. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas tazas de mate cocido bebió usted?

- NINGUNA (PASE A LA PREGUNTA 119)
- Menos de 1 taza al mes
- 1-3 tazas al mes
- 1 taza a la semana
- 2-4 tazas a la semana
- 5-6 tazas a la semana
- 1 taza al día
- 2-3 tazas al día
- 4-5 tazas al día
- 6 o más tazas al día

119. Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido tomó mate cebado (con bombilla)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 120)
- Menos de 1 vez al mes
- 1-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

119a. Cada vez que tomó mate cebado ¿cuánta tomó por lo general?

- Menos de ½ termo o menos de ½ litro
- De ½ a 1 termo o de ½ a 1 litro
- Más de 1 termo o más de 1 litro

119b. ¿Qué tan seguido agregó azúcar o miel de abeja a su mate cebado?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 120)
- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

119c. ¿Cada cuántos mates agregó azúcar o miel a su mate cebado por lo general?

- A todos los mates
- Cada 2 mates
- Cada 3 mates o más
- Solo al primer mate

120. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas tazas de té bebió usted?

- NINGUNA (PASE A LA PREGUNTA 121)
- Menos de 1 taza al mes
- 1-3 tazas al mes
- 1 taza a la semana
- 2-4 tazas a la semana
- 5-6 tazas a la semana
- 1 taza al día
- 2-3 tazas al día
- 4-5 tazas al día
- 6 o más tazas al día



Durante los últimos 12 meses...

120a. ¿Qué tan seguido el té que usted bebió fue té de hierbas o sin cafeína?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

121. ¿Qué tan seguido agregó azúcar o miel de abeja a su mate cocido, café o té?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 122)
- Menos de 1 vez al mes
- 1-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

121a. Cada vez que agregó azúcar o miel de abeja a su mate cocido, café o té, ¿cuánta agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 3 cucharaditas
- Más de 3 cucharaditas

122. ¿Qué tan seguido agregó edulcorante o endulzante artificial a su mate cocido, café o té?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 123)
- Menos de 1 vez al mes
- 1-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

122a. ¿Qué tipo de edulcorante o endulzante artificial utiliza por lo general?

- Equalsweet® o aspartame
- Sucralosa
- Sacarina
- Otros

123. ¿Qué tan seguido agregó crema no láctea a su café o té? (por ejemplo Coffee Mate®)

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 124)
- Menos de 1 vez al mes
- 1-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

La Pregunta 124 aparece en la siguiente columna.

123a. Cada vez que agregó crema no láctea a su café, mate cocido o té, ¿cuánta usó por lo general?

- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 3 cucharaditas
- Más de 3 cucharaditas

123b. ¿Qué tipo de crema no láctea utilizó por lo general?

- Normal en polvo
- Baja en grasa o sin grasa en polvo
- Normal líquida
- Líquida baja en grasa o sin grasa

124. ¿Qué tan seguido agregó crema a su café, mate cocido o té?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 125)
- Menos de 1 vez al mes
- 1-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

124a. Cada vez que agregó crema a su café, mate cocido o té, ¿cuánta agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 2 cucharaditas
- Más de 2 cucharaditas

125. ¿Qué tan seguido agregó leche a su café, mate cocido o té?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 126)
- Menos de 1 vez al mes
- 1-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4-5 veces al día
- 6 o más veces al día

125a. Cada vez que agregó leche a su café, té o mate cocido, ¿cuánta agregó por lo general?

- Menos de ¼ de taza
- De ¼ a ½ taza
- Más de ½ taza

125b. ¿Qué tipo de leche agregó a su café, mate cocido o té por lo general? Cambiar las opciones

- Leche entera (líquida, común o fortificada)
- Leche descremada líquida
- Leche descremada en polvo
- Leche evaporada o condensada (enlatada)

La Pregunta 126 aparece en la siguiente página

Durante los últimos 12 meses...

126. ¿Qué tan seguido agregó azúcar o miel de abeja a los alimentos que usted comió? (Por favor no incluya azúcar en el café, té, en otras bebidas o en productos horneados.)

- NUNCA (PASE A LA INTRODUCCIÓN DE LA PREGUNTA 127)
- 1-6 veces al año
- 7-11 veces al año
- 1 vez al mes
- 2-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 o más veces al día

126a. Cada vez que agregó azúcar o miel a los alimentos que usted comió, ¿cuánta agregó por lo general?

- Menos de 1 cucharadita
- De 1 a 3 cucharaditas
- Más de 3 cucharaditas

Las siguientes preguntas son sobre los tipos de margarina, manteca o mantequilla, mayonesa, crema, queso crema, aderezo de ensalada y mermeladas o dulces que usted come. Si es posible, por favor consulte las etiquetas de estos alimentos para ayudarse a contestar.

127. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted margarina?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 128)
- SI

127a. ¿Qué tan seguido la margarina que usted comió fue baja en grasa o light?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

La Pregunta 128 aparece en la siguiente columna.

128. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted manteca o mantequilla?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 129)
- SI

128a. ¿Qué tan seguido la manteca que usted comió fue baja en grasas o light?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

129. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted mayonesa salsa golf o aderezo tipo mayonesa?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 130)
- SI

129a. ¿Qué tan seguido la mayonesa que usted comió fue baja en grasa o light?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

130. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted crema?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 131)
- SI

130a. ¿Qué tan seguido la crema que usted comió fue baja en grasa o sin grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

La Pregunta 131 aparece en la siguiente columna.

Durante los últimos 12 meses...

131. ¿Comió usted queso crema (o queso blanco untable)?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 132)
- SI

131a. ¿Qué tan seguido el queso crema que usted comió fue bajo en grasa o sin grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

132. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted aderezo de ensalada?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 133)
- SI

132a. ¿Qué tan seguido el aderezo de ensalada que usted comió fue bajo en grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

132b. ¿Qué tan seguido el aderezo de ensalada que usted comió fue sin grasa?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

133. Durante los últimos 12 meses, ¿comió usted mermeladas, dulces o jaleas?

- NO (PASE A LA INTRODUCCIÓN DE LA PREGUNTA 134)
- SI

133a. ¿Qué tan seguido las mermeladas, dulces o jaleas que usted comió fueron bajos en calorías, light o sin azúcar agregada?

- Casi nunca o nunca
- Como ¼ de las veces (menos de la mitad de las veces)
- Como ½ de las veces (la mitad de las veces)
- Como ¾ de las veces (más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

La Introducción de la Pregunta 134 aparece en la siguiente columna.

Las siguientes dos preguntas le piden resumir su consumo normal de verduras o vegetales y frutas. Por favor no incluya ensaladas, papas ni jugos.

134. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas porciones de verduras o vegetales (sin incluir ensaladas ni papas) comió usted a la semana o al día?

- Menos de 1 a la semana
- 1-2 a la semana
- 3-4 a la semana
- 5-6 a la semana
- 1 al día
- 2 al día
- 3 al día
- 4 al día
- 5 o más al día

135. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas porciones de fruta (sin incluir jugos) comió usted a la semana o al día?

- Menos de 1 a la semana
- 1-2 a la semana
- 3-4 a la semana
- 5-6 a la semana
- 1 al día
- 2 al día
- 3 al día
- 4 al día
- 5 o más al día

136. Durante el último mes, ¿cuáles de los siguientes alimentos comió usted POR LO MENOS TRES VECES? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Palta
- Medialunas
- Orejones o damascos secos
- Barras de granola o de cereal
- Ajíes picantes
- Gelatina
- Aceitunas
- Pickles o vegetales o fruta en escabeche o salmuera
- Bananas
- Pescuezo, osobuco, cabeza o patas de cerdo o puerco
- Budín de pan o natillas o flan
- Ciervo o cordero
- Crema batida, normal
- Crema batida, sustituto
- NINGUNO

137. En la TOTALIDAD de los últimos 12 meses, ¿ha seguido algún tipo de dieta vegetariana?

- NO (PASE A LA INTRODUCCIÓN DE LA PREGUNTA 138)
- SI

137a. ¿Cuál de los siguientes alimentos EXCLUYÓ TOTALMENTE de su dieta? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Carne (vacuna, de cerdo o lechón, cordero, etc.)
- Aves (pollo, pavo, pato)
- Pescados y mariscos o frutos de mar
- Huevos
- Productos lácteos (leche, queso, etc.)

La Introducción de la Pregunta 138 aparece en la siguiente página

Durante los últimos 12 meses...

Las siguientes preguntas son sobre su uso de suplementos de fibra o píldoras de vitaminas.

138. Durante los últimos 12 meses, ¿tomó usted alguno de los siguientes tipos de fibra o suplementos de fibra de manera habitual (más de una vez a la semana por lo menos durante 6 de los últimos 12 meses)? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- NO, no tomé ningún suplemento de fibra de manera habitual (PASE A LA PREGUNTA 139)
- Sí, productos de psilio o psillium (por ejemplo Metamucil, Isalax Fibras, Konsyl, Lostamucil, Agarol fibras, Motional, Gelax)
- Sí, productos de metilcelulosa/celulosa (como Citrucel)
- Sí, salvado (como salvado de trigo, salvado de avena)

139. Durante los últimos 12 meses, ¿tomó usted alguna multivitamina, como One-a-Day, Teragran o multivitaminas tipo Centrum (en forma de píldoras o comprimidos, líquidos o sobres)?

- NO (PASE A LA PREGUNTA 139d)
- SI

139a. ¿Qué tan seguido tomó usted multivitaminas como **One-a-Day, Teragran o Centrum**?

- Menos de 1 día al mes
- 1-3 días al mes
- 1-3 días a la semana
- 4-6 días a la semana
- Todos los días

139b. ¿Por lo general su multivitamina contiene minerales (como hierro, cinc o zinc, etc.)?

- NO
- Sí
- No sabe

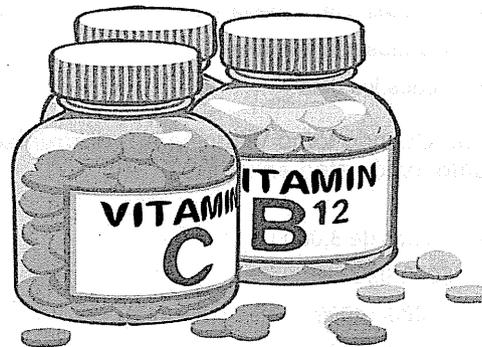
139c. ¿Durante cuántos años ha estado tomando multivitaminas?

- Menos de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- 10 o más años

La Pregunta 139d aparece en la siguiente columna.

139d. Durante los últimos 12 meses, ¿tomó usted alguna vitamina, mineral u otro suplemento de hierbas aparte de su multivitamina?

- NO



- Sí (PASE A LA INTRODUCCIÓN DE LA PREGUNTA 140.)

Éstas últimas preguntas son sobre las vitaminas, minerales o suplementos de hierbas que usted tomó que **NO** son parte de una multivitamina One-a-Day, Teragran o tipo Centrum. Por favor incluya vitaminas tomadas como parte de un suplemento antioxidante.

140. ¿Qué tan seguido tomó usted beta-caroteno (NO como parte de una multivitamina de la pregunta 139)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 141)
- Menos de 1 día al mes
- 1-3 días al mes
- 1-3 días a la semana
- 4-6 días a la semana
- Todos los días

140a. Cuando tomó beta-caroteno, aproximadamente ¿cuánto tomó en un día?

- Menos de 10000 UI
- 10000-14999 UI
- 15000-19999 UI
- 20000-24999 UI
- 25000 UI o más
- No sabe

140b. ¿Durante cuántos años ha tomado usted beta-caroteno?

- Menos de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- 10 o más años

La Pregunta 141 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

141. ¿Qué tan seguido tomó usted Vitamina A (NO como parte de una multivitamina de la pregunta 139)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 142)
- Menos de 1 día al mes
- 1-3 días al mes
- 1-3 días a la semana
- 4-6 días a la semana
- Todos los días

141a. Cuando tomó Vitamina A, ¿aproximadamente cuánto tomó usted en un día?

- Menos de 8,000 UI
- 8000-9999 UI
- 10000-14999 UI
- 15000-24999 UI
- 25000 UI o más
- No sabe

141b. ¿Durante cuántos años ha tomado usted Vitamina A?

- Menos de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- 10 o más años

142. ¿Qué tan seguido tomó usted Vitamina C (NO como parte de una multivitamina de la pregunta 139)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 143)
- Menos de 1 día al mes
- 1-3 días al mes
- 1-3 días a la semana
- 4-6 días a la semana
- Todos los días

142a. Cuando tomó Vitamina C, ¿aproximadamente cuánto tomó usted en un día?

- Menos de 500 mg
- 500-999 mg
- 1000-1499 mg
- 1500-1999 mg
- 2000 mg o más
- No sabe

142b. ¿Durante cuántos años ha tomado usted Vitamina C?

- Menos de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- 10 o más años

La Pregunta 143 aparece en la siguiente columna.

143. ¿Qué tan seguido tomó usted Vitamina E (NO como parte de una multivitamina de la pregunta 139)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 144)
- Menos de 1 día al mes
- 1-3 días al mes
- 1-3 días a la semana
- 4-6 días a la semana
- Todos los días

143a. Cuando tomó Vitamina E, ¿aproximadamente cuánta tomó usted en un día?

- Menos de 400 UI
- 400-799 UI
- 800-999 UI
- 1000 UI o más
- No sabe

143b. ¿Durante cuántos años ha tomado usted Vitamina E?

- Menos de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- 10 o más años

144. ¿Qué tan seguido tomó usted calcio o antiácidos con contenido de calcio (NO como parte de una multivitamina de la pregunta 139)?

- NUNCA (PASE A LA PREGUNTA 145)
- Menos de 1 día al mes
- 1-3 días al mes
- 1-3 días a la semana
- 4-6 días a la semana
- Todos los días

144a. Cuando tomó calcio o antiácidos con contenido de calcio, ¿aproximadamente cuánto calcio elemental tomó usted en un día? (Si es posible, por favor revise la etiqueta para ver el contenido de calcio elemental.)

- Menos de 500 mg
- 500-599 mg
- 600-999 mg
- 1000 mg o más
- No sabe

144b. ¿Durante cuántos años ha tomado usted calcio o antiácidos con contenido de calcio?

- Menos de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- 10 o más años

La Pregunta 145 aparece en la siguiente página.

Durante los últimos 12 meses...

Las últimas dos preguntas son sobre otros suplementos que usted haya tomado más de una vez a la semana.

145. Por favor marque cualquiera de los siguientes suplementos solos que usted haya tomado más de una vez a la semana (NO como parte de una multivitamina de la Pregunta 139):

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> B-6 | <input type="radio"/> Ácido fólico/folato |
| <input type="radio"/> Complejo B | <input type="radio"/> Glucosamina |
| <input type="radio"/> Levadura de cerveza | <input type="radio"/> Hidroxitriptofán (HTP) |
| <input type="radio"/> Aceite de hígado de bacalao | <input type="radio"/> Hierro |
| <input type="radio"/> Coenzima Q | <input type="radio"/> Niacina |
| <input type="radio"/> Aceite de pescado (Ácidos grasos Omega-3) | <input type="radio"/> Selenio |
| | <input type="radio"/> Cinc/zinc |

146. Por favor marque cualquiera de los siguientes suplementos de hierbas o botánicos que usted haya tomado más de una vez a la semana.

- Aloe Vera
- Astrágalo o tragacanto
- Arándano
- Cáscara sagrada
- Uña de gato
- Cayena
- Arándano agrio
- Dong Kuai (Tangkwei)
- Equinaza
- Aceite de hierba del asno
- Matricaria o magarza o botón de plata
- Ajo
- Jengibre
- Ginkgo biloba
- Ginseng (americano o asiático)
- Ranunculácea americana (o Goldensealt)
- Extracto de semilla de uva
- Kava, kava
- Leche de cardo
- Palmito cortado
- Ginseng siberiano
- Mosto de St. John o hierba de San Juan/hiperisina
- Valeriana
- Otro

¡Muchísimas gracias por contestar este cuestionario! Debido a que queremos usar toda la información que usted ha proporcionado, mucho le agradeceríamos que se tomara un momento para revisar cada página, asegurándose de que:

- No se haya saltado ninguna página y
- Haya tachado cualquier respuesta incorrecta y haya marcado la respuesta correcta si hizo algún cambio.

