



# Instrumento PanAmSTEPS

## para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles

**PARAGUAY 2022**

(Versión Final)

### Información sobre la encuesta

Lugar y fecha	Respuesta	Código
Unidad Primaria de Muestreo	<input type="text"/>	I1
Departamento	<input type="text"/>	X1
Distrito	<input type="text"/>	X2
Barrio o Localidad	<input type="text"/>	X3
Área de residencia	Urbana 1 Rural 6	X4
Número de vivienda	<input type="text"/>	I2
Cantidad de hogares en UPM	<input type="text"/>	X5
Dirección	<input type="text"/>	X6
Número de teléfono	<input type="text"/>	I10
Encuestador/a	<input type="text"/>	I3
Supervisor/a	<input type="text"/>	X7
Fecha de visita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Primera visita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Segunda visita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tercera visita día mes año	I4

## Selección de la Persona a ser Encuestada

	PS1	PS2	PS3
Número de orden	<b>LEA. Por favor. ¿Puede decirme los nombres de cada una de las <u>personas de 18 a 69 años</u> que viven habitualmente en éste hogar, empezando con la de más edad?</b>  -SI NO HAY PERSONA DEL GRUPO ETARIO A ENCUESTAR, ANOTE 00 EN PS4 Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA -SI HAY PERSONA DEL GRUPO ETARIO, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL REGLON UNO A LA PERSONA CON MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENTE.	<b>EDAD</b>  Años cumplidos	<b>SEXO</b>  Hombre...1 Mujer.....2
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
PS4	¿Entonces en esta casa viven en total <input type="text"/> personas de 18 a 69 años? SI ES 00 PONER 77 EN RESULTADOS Y CONTINUE CON LA SIGUEINTE VIVIENDA		

CUADRO PARA SELECCIÓN DE LAS PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS								
ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL UPM	CANTIDAD DE PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

NOMBRE DE LA PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS SELECCIONADO

NRO DE LINEA SELECCIONADO

Consentimiento, idioma de la encuesta y nombre	Respuesta	Código
¿Se ha leído el texto de consentimiento al participante y éste lo ha concedido?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», TERMINAR.</i>	I5
Idioma de la encuesta	Español 1 Guaraní 2 Español y guaraní (Jopara) 3	I6
Hora de la encuesta (sistema de 24 horas)	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> : <input type="text"/>                          horas minutos                     </div>	I7
Apellidos		I8
Nombre		I9
Otra información		geo_other

## Primer paso Datos demográficos

### CUESTIONARIO BÁSICO: Datos demográficos

Pregunta	Respuesta	Código
Sexo (anote masculino o femenino según lo que observe)	Masculino 1 Femenino 2	C1
¿Cuál es su fecha de nacimiento?  No sé 77 77 7777	<div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>Si sabe la respuesta pase a C4</div> <div>día mes año</div>	C2
¿Qué edad tiene?	Años <div><div></div><div></div></div>	C3
En total, ¿durante cuántos años ha cursado en el nivel educativo formal? Incluir los años concluidos desde el primer grado en adelante, sin contabilizar los años que pudieron haber repetido en algún grado y/o curso.  No responde 88	Años <div><div></div><div></div></div>	C4

Si sabe la respuesta pase a C4

### CUESTIONARIO AMPLIADO: Datos demográficos

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?	Ninguno 1 Grado especial 2 Programa de alfabetización 3 Educación Inicial 4 EEB (1° Ciclo) 1° al 3° grado (Ex Primaria) 5 EEB (2° Ciclo) 4° al 6° grado (Ex Primaria) 6 EEB (3er Ciclo): 7° al 9° grado (ex Secundaria Básica) 7 Educación Media: 1° al 3° curso (ex Bachillerato) 8 Superior no universitario 9 Superior universitario 10 No responde 88	C5
¿Se considera indígena o perteneciente a un pueblo indígena?	Sí 1 No 2 No responde 88	X8
¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?	Soltero/a 1 Casado/a 2 Separado/a 3 Divorciado/a 4 Viudo/a 5 Unido/a 6 No responde 88	C7
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral principal en los últimos 12 meses?	Funcionario/a público 1 Empleado/a privado 2 Trabaja por cuenta propia 3 Trabaja sin remuneración 4 Estudia 5 Amo/a de casa 6 Jubilado/a o pensionado/a 7 Desempleado/a 8 Discapacitado/a 9 Otro 10 No responde 88	C8
	Otro (sírvese especificar): <div></div>	C8other

¿Cuántas personas de 18 años o más, incluyéndolo a usted, viven en su hogar?	Número de personas <input type="text"/>	C9
--	---	----

CUESTIONARIO AMPLIADO: Datos demográficos (continuación)		
Pregunta	Respuesta	Código
Tomando como referencia el año pasado, ¿puede decirme cuál fue el ingreso promedio en su hogar? (REGISTRE SOLO UNO, NO LOS TRES)	Por semana <input type="text"/> pase a T1	C10a
	O BIEN por mes <input type="text"/> pase a T1	C10b
	O BIEN por año <input type="text"/> pase a T1	C10c
	No sabe 77	C10d
	Se negó a responder 88	C10e
¿Cuál es el ingreso total mensual aproximado de todas las personas de su hogar? En guaraníes:  (LEA LAS OPCIONES)	Hasta G 1.400.000 1 Más de G 1.400.000 hasta G 2.192.839 2 Más de G 2.192.839 hasta G 4.400.000 3 Más de G 4.400.000 hasta G 6.600.000 4 Más de G 6.600.000 hasta G 8.800.000 5 Más de 8.800.000 6 No sabe 77 No responde/se negó a responder 88	C11

Primer paso Datos sobre el comportamiento		
CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de tabaco		
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el consumo de tabaco.		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Fuma actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, cigarros o pipa? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Pase a T8	T1
¿Fuma actualmente productos de tabaco todos los días?	Sí 1 No 2	T2
¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar tabaco?	Edad (en años) <input type="text"/> No sabe 77 <input type="text"/> Si sabe la respuesta, pase a T5a/T5aw	T3
¿Recuerda cuánto tiempo hace que empezó a fumar tabaco?  (REGISTRE SOLO UNO, NO LOS TRES)  No sabe 77	En años <input type="text"/> Si sabe la respuesta, pase a T5a/T5aw	T4a
	O BIEN en meses <input type="text"/> Si sabe la respuesta, pase a T5a/T5aw	T4b
	O BIEN en semanas <input type="text"/>	T4c
En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos de tabaco fuma al día o a la semana?  (SI LA FRECUENCIA ES INFERIOR A UN DÍA, REGÍSTRELO POR SEMANA)  (REGISTRE LA FRECUENCIA DE CADA TIPO, MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)  No sabe 777	A DIARIO↓ SEMANALMENTE↓	
	Cigarrillos manufacturados o cigarrillos <input type="text"/>	T5a/T5aw
	Cigarrillos armados o cigarros <input type="text"/>	T5b/T5bw
	Pipas llenas de tabaco o pipas <input type="text"/>	T5c/T5cw
	Puros, puritos, tabaco de enrollar o cigarros poi <input type="text"/>	T5d/T5dw
	Número de sesiones de pipa de agua (narguile, sisha) <input type="text"/>	T5e/T5ew
	Otro <input type="text"/> Si la respuesta es «Otro», pase a T5other; de lo contrario, continúe con T6	T5f/T5fw

	Otro (sírvese especificar): _____	T5other/ T5otherw
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar tabaco?	Sí 1 No 2	T6
En los últimos 12 meses, ¿le han aconsejado que deje de fumar tabaco en alguna visita al médico u otro profesional sanitario?	Sí 1 Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9 No 2 Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9 No ha visitado a ningún médico o profesional sanitario en los últimos 12 meses 3 Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9	T7
En el pasado, ¿fumó alguna vez algún producto de tabaco? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Pase a T12	T8
En el pasado ¿fumó alguna vez tabaco todos los días?	Sí 1 Si la respuesta a T1 es «Sí», pase a T12; de no ser así, continúe con T10 No 2 Si la respuesta a T1 es «Sí», pase a T12; de no ser así, continúe con T10	T9

CUESTIONARIO AMPLIADO: Consumo de tabaco				
Pregunta	Respuesta		Código	
¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar tabaco?	Edad (en años)		T10	
	No sabe 77	____ Si sabe la respuesta, pase a T12		
¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar tabaco?	Años	____ Si sabe la respuesta, pase a T12	T11a	
(REGISTRE SOLO UNO, NO LOS TRES)	O BIEN Meses	____ Si sabe la respuesta, pase a T12	T11b	
No sabe 77	O BIEN Semanas	____	T11c	
¿Consume actualmente algún producto de tabaco sin humo, como tabaco de aspirar, tabaco de mascar o naco, tabaco de aplicar? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Pase a T15		T12	
¿Consume actualmente productos de tabaco sin humo todos los días?	Sí 1 No 2 Pase a T14aw		T13	
En promedio, ¿cuántas veces al día o a la semana consume usted...?  (SI LA FRECUENCIA ES INFERIOR A UN DÍA, REGÍSTRELO POR SEMANA)  (REGISTRE LA FRECUENCIA DE CADA TIPO, MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)  No sabe 7777	A DIARIO↓ SEMANALMENTE↓			
	Tabaco de aplicar en la boca	____	____	T14a/ T14aw
	Tabaco de aspirar por la nariz	____	____	T14b/ T14bw
	Tabaco de mascar o naco	____	____	T14c/ T14cw
	Otro	____	____	T14e/ T14ew
	Otro (sírvese especificar):	____ Si la respuesta a T13 es «No», pase a T16; de lo contrario, continúe con T17		T14other/ T14otherw
En el pasado, ¿consumió alguna vez algún producto de	Sí 1		T15	

tabaco sin humo, como tabaco de aspirar, tabaco de mascar o naco, tabaco de aplicar?	No 2 Pase a T17	
En el pasado, ¿consumió alguna vez algún producto de tabaco sin humo, tabaco de aspirar, tabaco de mascar o naco, tabaco de aplicar todos los días?	Sí 1 No 2	T16
Durante los últimos 30 días, ¿fumó alguien en su casa?	Sí 1 No 2	T17
Durante los últimos 30 días, ¿fumó alguien en los ambientes cerrados donde trabaja (ya sea en el edificio, en una zona de trabajo o en una oficina)?	Sí 1 Si la respuesta a T1 es «No», pase a X10; de no ser así, continúe con TP6 No 2 Si la respuesta a T1 es «No», pase a X10; de no ser así, continúe con TP6 No trabaja en un local cerrado 3 Si la respuesta a T1 es «No», pase a X10; de no ser así, continúe con TP6	T18
La última vez que compró cigarrillos para usted, ¿cuántos cigarrillos fueron en total? Por favor indicar la cantidad de cigarrillos, no de paquetes ni de cartones.	Número Si «No sabe» o «No compró», 77777 Si «No sabe» o «No compró», pase a X10	TP6
¿Cuánto dinero pagó usted en total por esa compra?	Cantidad No sabe 777777 Se negó a responder 888888	TP7

CUESTIONARIO AMPLIADO: Consumo de tabaco		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Qué marca de cigarrillos compró la última vez que compró para usted?	Marlboro 1	X9
	Lucky Strike 2	
	Kent 3	
	Philip Morris 4	
	Palermo 5	
	Kentucky 6	
	Eight 7	
	Fox 8	
	San Marino 9	
	Gift 10	
	Calvert 11	
	Otra 12 Si la respuesta es «Otra», pase a X9other; de lo contrario, continúe con X10	
Otra (sírvese especificar)		X9other
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el consumo de cigarrillo electrónico o vape o vapeo. Estos incluyen cualquier producto que utiliza batería u otros métodos para producir un vapor que contiene nicotina. (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)		
¿Ha oído alguna vez sobre los cigarrillos electrónicos o dispositivos de vapeo?	Sí 1	X10
	No 2 Pase a A1	
	No sabe 77	
¿Usa actualmente cigarrillos electrónicos o cualquier otro dispositivo de vapeo?	Sí 1	X11
	No 2 Pase a X13	
¿Usa actualmente cigarrillos electrónicos o cualquier otro dispositivo de vapeo todos los días?	Sí 1 Pase a X14	X12

	No 2	
¿Ha usado al menos una vez, aunque sea una única vez, un cigarrillo electrónico u otro dispositivo de vapeo?	Sí 1	X13
	No 2	
En su opinión, ¿los cigarrillos electrónicos o dispositivos de vapeo son más peligrosos para la salud que los cigarrillos comunes, son igualmente peligrosos o son menos peligrosos que los cigarrillos comunes?	Más peligrosos 1	X14
	Igualmente peligrosos 2	
	Menos peligrosos 3	
	No sabe 77	

CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de alcohol		
Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol.		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas, como cerveza, vino, licor o caña blanca? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Pase a A16	A1
En los últimos 12 meses, ¿ha consumido alcohol?	Sí 1 Pase a A4 No 2	A2
¿Ha dejado de beber por motivos de salud, o porque el alcohol perjudica su salud o por consejo del médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 Pase a A16 No 2 Pase a A16	A3
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido al menos una bebida alcohólica estándar? * Bebida alcohólica estándar: cantidad de alcohol que contiene una lata de cerveza (355 ml), una copa de vino (150 ml) o vaso de trago corto (o shot) de alcohol destilado (40 ml) (LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA, MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Todos los días 1 Entre 5 y 6 días por semana 2 Entre 3 y 4 días por semana 3 Entre 1 y 2 días por semana 4 Entre 1 y 3 días por mes 5 Menos de una vez al mes 6 Nunca 7	A4
Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido alguna bebida alcohólica?	Sí 1 No 2 Pase a A13	A5
Durante los últimos 30 días, ¿en cuántas ocasiones consumió al menos una bebida alcohólica estándar?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «0», pase a A13 No sabe 77	A6
Durante los últimos 30 días, cuando bebió alcohol, en promedio ¿cuántas bebidas alcohólicas estándar consumió en cada ocasión? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77	A7
Durante los últimos 30 días, ¿cuál fue el mayor número de bebidas alcohólicas estándar que consumió en una sola ocasión, contando todos los tipos de bebidas alcohólicas?	Mayor número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77	A8
Durante los 30 últimos días, ¿cuántas veces ha bebido seis o más bebidas alcohólicas estándar en una sola ocasión?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77	A9
Durante los últimos 7 días, ¿cuántas bebidas alcohólicas estándar consumió cada día? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Lunes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Martes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Miércoles <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10a A10b A10c

No sabe 77	Jueves <input type="text"/>	A10d
	Viernes <input type="text"/>	A10e
	Sábado <input type="text"/>	A10f
	Domingo <input type="text"/>	A10g

### CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de alcohol (continuación)

Le acabo de preguntar por el consumo de alcohol en los últimos 7 días. Me refería a las bebidas alcohólicas en general. Las siguientes preguntas tratan acerca del consumo de bebidas alcohólicas elaboradas en casa, del alcohol procedente del otro lado de la frontera o de otro país, y de cualquier tipo de alcohol que no es para beber o que no paga impuestos o de contrabando. Por favor, piense únicamente en los tipos de alcohol que acabo de especificar cuándo responda a las preguntas que vienen a continuación.

Pregunta	Respuesta	Código
Durante los últimos 7 días, ¿consumió alguna bebida alcohólica elaborada en casa, alguna bebida alcohólica procedente del otro lado de la frontera o de otro país, algún tipo de alcohol que no es apto para beber u otra forma de alcohol que no pague impuestos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1  No 2 Pase a A13	A11
En promedio, ¿cuántas bebidas estándar de lo siguiente bebió durante los últimos 7 días?  (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)  No sabe 77	Licores de elaboración casera, por ej., chicha <input type="text"/>	A12a
	Cerveza o vino de elaboración casera, por ejemplo, el vino de piña o de frutas tropicales <input type="text"/>	A12b
	Bebida alcohólica traída del otro lado de la frontera o de otro país <input type="text"/>	A12c
	Alcohol que no está destinado al consumo, como los medicamentos a base de alcohol, perfumes, alcohol de quemar, lociones para después de afeitarse <input type="text"/>	A12d
	Otro producto de alcohol que no pague impuestos en el país o contrabando <input type="text"/>	A12e

### CUESTIONARIO AMPLIADO: Consumo de alcohol

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se dio cuenta de que una vez que empezaba a beber no podía parar?	Todos los días o casi todos los días 1 Semanalmente 2 Mensualmente 3 Menos de una vez al mes 4 Nunca 5	A13
Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces dejó de hacer lo que normalmente se espera de usted, por causa de la bebida?	Todos los días o casi todos los días 1 Semanalmente 2 Mensualmente 3 Menos de una vez al mes 4 Nunca 5	A14
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia necesitó beber un trago por la mañana para poder iniciar sus actividades después de haber bebido mucho?	Todos los días o casi todos los días 1 Semanalmente 2 Mensualmente 3 Menos de una vez al mes 4 Nunca 5	A15
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas familiares o problemas con su pareja debido al consumo de alcohol de otra persona?	Sí, más de una vez al mes 1 Sí, mensualmente 2 Sí, varias veces pero menos de una vez 3	A16



	al mes	
	Sí, una o dos veces	4
	No	5

### CUESTIONARIO BÁSICO: Dieta

Las preguntas que vienen a continuación se refieren a las frutas y verduras que acostumbra comer. Le voy a mostrar algunos ejemplos de frutas y verduras. Cada imagen representa el tamaño de una ración o porción. Cuando responda a estas preguntas, piense en una semana típica o normal del último año.

Pregunta	Respuesta	Código
En una semana típica, ¿cuántos días come fruta?	Número de días No sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «Ningún día» o «No sabe», pase a D3	D1
¿Cuántas raciones o porciones de fruta come en uno de esos días? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número de raciones No sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D2
En una semana típica, ¿cuántos días come verduras?	Número de días No sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «Ningún día» o «No sabe», pase a D5	D3
¿Cuántas raciones o porciones de verduras come en uno de esos días? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número de raciones No sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D4

### Consumo de sal

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de sal. El consumo de sal incluye la sal de mesa o sal fina, la sal gruesa, como la sal marina, los caldos, sopa en cubos o en polvo que contienen mucha sal, y las salsas saladas, como la salsa de soja o la de pescado. Las preguntas que vienen a continuación tratan sobre la adición de sal a los alimentos antes de consumirlos, la manera de preparar los alimentos en casa, el consumo de alimentos elaborados ricos en sal como las empanadas, hamburguesas, panchos, papas fritas, asaditos de carne, tortillas, milanesas, nuggets de pollo, y las medidas para controlar el consumo de sal. Por favor, responda a las preguntas incluso si cree que consume poca sal.

Pregunta	Respuesta	Código
¿Con qué frecuencia agrega sal o una salsa salada (como la salsa de soja) a los alimentos antes de probarlos o mientras los está consumiendo una vez servida en la mesa? (SELECCIONE SOLO UNA) (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Siempre 1 Casi Siempre 2 A veces 3 Raras veces 4 Nunca 5 No sé 77	D5
¿Con qué frecuencia se agrega sal o salsas saladas al momento de cocinar o al preparar los alimentos en su casa? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Siempre 1 Casi Siempre 2 A veces 3 Raras veces 4 Nunca 5 No sé 77	D6
¿Con qué frecuencia come <b>alimentos elaborados ricos en sal</b> ? Los «alimentos elaborados ricos en sal» son los que ya no se encuentran en su estado natural sino que han sido modificados; por ejemplo, alimentos salados enlatados, alimentos salados preparados para el consumo rápido como snacks salados en paquetes, empanadas, hamburguesas, panchos, papas fritas, asaditos de carne, tortillas, milanesas, nuggets de pollo. (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Siempre 1 Casi Siempre 2 A veces 3 Raras veces 4 Nunca 5 No sé 77	D7
¿Cuánta sal o salsa salada consume con las comidas?	Muchísima 1 Mucha 2 La cantidad justa 3 Poca 4 Poquísima 5 No consume sal o salsa salada 6 No sé 77	D8

CUESTIONARIO AMPLIADO: Dieta		
¿En qué medida le parece importante <b>reducir su propio consumo de sal</b> ?	Muy importante 1 Algo importante 2 No es importante 3 No sé 77	D9
¿Cree que el consumo excesivo de sal o de salsas saladas podría causarle <b>problemas de salud</b> ?	Sí 1 No 2 No sé 77	D10
¿Realiza de forma habitual alguna de las siguientes acciones para <b>moderar su propio consumo de sal</b> ? (ANOTE CADA UNA)		
Limitar el consumo de alimentos elaborados	Sí 1 No 2	D11a
Leer las etiquetas de los alimentos para saber el contenido de sal o de sodio	Sí 1 No 2	D11b
Comprar alimentos alternativos con poca sal o poco sodio	Sí 1 No 2	D11c
Sustituir la sal con otras especias al cocinar	Sí 1 No 2	D11d
Evitar el consumo de alimentos preparados fuera de casa	Sí 1 No 2	D11e
Otras prácticas dirigidas específicamente a moderar su consumo de sal	Sí 1 <i>Pase a D11other</i> No 2	D11f
Otras (sírvase especificar)	_____	D11other

Cuestionario Ampliado: Dieta		
Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas envasadas azucaradas o endulzadas artificialmente. Los alimentos ultraprocesados se refieren a aquellos que vienen empaquetados o envasados y listo para el consumo por ejemplo: papas fritas, gaseosas, galletitas dulces y saladas, golosinas.		
Pregunta	Respuesta	Código
En una semana típica, ¿con qué frecuencia consume alimentos ultra procesados? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Todos los días 1 2 a 3 días a la semana 2 Un día a la semana 3 No consume 4 No sabe 88	X15
En una semana típica, ¿con qué frecuencia consume bebidas azucaradas o azucaradas artificialmente? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Todos los días 1 2 a 3 días a la semana 2 Un día a la semana 3 No consume 4 No sabe 88	X16

CUESTIONARIO BÁSICO: Actividad física		
<p>A continuación voy a hacerle varias preguntas sobre el tiempo que pasa realizando distintos tipos de actividad física en una semana típica o normal. Por favor, responda las preguntas incluso si no se considera una persona físicamente activa.</p> <p>Piense primero en el tiempo que pasa haciendo su trabajo. Considere trabajo las cosas que tiene que hacer como parte de un trabajo remunerado o no, incluyendo estudio o capacitación, tareas domésticas, cosecha, pesca o caza para conseguir comida, o búsqueda de empleo. Al responder las preguntas, tenga en cuenta que por «actividades de intensidad vigorosa» nos referimos a las que exigen un gran esfuerzo físico y aumentan mucho la frecuencia respiratoria y cardíaca. Las «actividades de intensidad moderada» exigen un esfuerzo físico moderado y aumentan poco la frecuencia respiratoria o cardíaca.</p>		
Pregunta	Respuesta	Código
<b>Trabajo</b>		
¿En su trabajo realiza una actividad de intensidad vigorosa, que aumenta mucho la frecuencia respiratoria y cardíaca, como llevar o levantar cosas pesadas, trabajo de chacra o realizar tareas de construcción durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a P4</p>	P1
En una semana típica o normal, ¿cuántos días realiza actividades de intensidad vigorosa como parte de su trabajo?	<p>Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «No sabe», No sabe 77 pase a P4</p>	P2
En un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades de intensidad vigorosa en el trabajo?	<p>Horas: minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77 : 77 horas minutos</p>	P3 (a-b)
¿En su trabajo realiza actividades de intensidad moderada, que causan un pequeño aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, como caminar en forma sostenida o llevar cargas ligeras durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a P7</p>	P4
En una semana típica o normal, ¿cuántos días realiza actividades de intensidad moderada como parte de su trabajo?	<p>Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «No sabe», No sabe 77 pase a P7</p>	P5
En un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades de intensidad moderada en el trabajo?	<p>Horas: minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77 : 77 horas minutos</p>	P6 (a-b)
<b>Desplazamientos</b>		
<p>Las siguientes preguntas ya no se refieren a la actividad física en el trabajo. Ahora quisiera preguntarle cómo suele desplazarse a distintos lugares. Por ejemplo, al trabajo, de compras, al mercado, a la iglesia, al templo, al shopping.</p>		
¿Camina o usa bicicleta u otro transporte a pedal durante al menos 10 minutos seguidos en sus desplazamientos?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a P10</p>	P7
En una semana típica o normal, ¿cuántos días camina o va en bicicleta durante al menos 10 minutos seguidos en sus desplazamientos?	<p>Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «No sabe», No sabe 77 pase a P10</p>	P8
En un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	<p>Horas: minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77 : 77 horas minutos</p>	P9 (a-b)

CUESTIONARIO BÁSICO: Actividad física (continuación)		
Pregunta	Respuesta	Código
<b>Actividades recreativas</b>		
Las siguientes preguntas ya no se refieren a la actividad física relacionada con el trabajo ni con el desplazamiento. Ahora quisiera preguntarle acerca de deportes, acondicionamiento físico y actividades recreativas.		
¿En su tiempo libre, practica algún deporte o gimnasia intenso que aumentan mucho la frecuencia respiratoria y cardíaca como correr o jugar al fútbol o al tenis durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a P13</p>	P10
En una semana típica o normal, ¿cuántos días realiza actividades vigorosas practicando un deporte, haciendo gimnasia o actividades recreativas?	<p>Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «No sabe», No sabe 77 pase a P13</p>	P11
En un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades vigorosas en deportes, haciendo gimnasia o en actividades recreativas?	<p>Horas: minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77 : 77 horas minutos</p>	P12 (a-b)
¿Realiza algún deporte, gimnasia o actividad recreativa con una intensidad moderada que acelere un poco la frecuencia respiratoria y cardíaca, como caminar a paso vivo, andar en bicicleta, nadar, jugar al voleibol o hacer zumba durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a P16</p>	P13
En una semana típica o normal, ¿cuántos días realiza actividades de intensidad moderada practicando un deporte, haciendo gimnasia o en actividades recreativas?	<p>Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si la respuesta es «No sabe», No sabe 77 pase a P16</p>	P14
En un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades de intensidad moderada practicando deportes, gimnasia o en actividades recreativas?	<p>Horas: minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77 : 77 horas minutos</p>	P15 (a-b)

CUESTIONARIO AMPLIADO: Actividad física		
<b>Comportamiento sedentario.</b>		
La pregunta siguiente se refiere al tiempo que pasa sentado o reclinado en el trabajo, en casa, al desplazarse entre distintos lugares o con amigos. También incluye el tiempo que pasa sentado ante un escritorio, reunido con amigos, viajando en auto, moto, colectivo, leyendo, jugando a las cartas o mirando televisión. No se incluye el tiempo que pasa durmiendo.		
En un día típico o normal, ¿cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado?	<p>Horas: minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77 : 77 horas minutos</p>	P16 (a-b)

### CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de presión arterial alta

Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez le ha medido la presión arterial un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2 <i>Pase a H6</i>	H1
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene la presión arterial alta o hipertensión arterial?	Sí 1 No 2 <i>Pase a H6</i>	H2a
¿La han dicho esto por primera vez en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H2b
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado algún medicamento, pastilla o fármaco vía oral para tratar la hipertensión arterial, que le haya recetado un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	H3
¿Alguna vez ha consultado a un médico ñaná, curandero o médico naturista por la presión arterial alta o hipertensión?	Sí 1 No 2	H4
¿Toma actualmente algún remedio a base de hierbas o poha ñaná para la presión arterial alta?	Sí 1 No 2	H5

### CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de diabetes

¿Alguna vez le ha medido el azúcar en la sangre un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2 <i>Pase a H12</i>	H6
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de azúcar en la sangre es alto o que tiene diabetes o tuguy asuka?	Sí 1 No 2 <i>Pase a H12</i>	H7a
¿Le han dicho esto por primera vez en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H7b
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado algún medicamento, pastilla o fármaco vía oral para tratar la diabetes, que le haya recetado un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	H8
¿Actualmente trata la diabetes con insulina, recetada por un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	H9
¿Alguna vez ha consultado a un médico ñaná, curandero o médico naturista por la diabetes o azúcar alta en la sangre?	Sí 1 No 2	H10
¿Toma actualmente algún remedio a base de hierbas o poha ñaná para su diabetes?	Sí 1 No 2	H11

PANAM CUESTIONARIO BÁSICO: Control de la diabetes		
En los últimos 12 meses ¿se ha realizado al menos dos pruebas de hemoglobina glicada como parte del control de su diabetes? La prueba de hemoglobina glicada indica cómo ha sido el control de su azúcar en sangre en los últimos 3 meses	Sí 1 No 2 No sabe 77	H11a
¿Cuándo fue la última vez que le examinaron los ojos como parte del control de su diabetes?	En los últimos dos años 1 Hace más de dos años 2 Nunca 3 No sé 77	H11b
¿Cuándo fue la última vez que le examinaron los pies como parte del control de su diabetes?	En el último año 1 Hace más de un año 2 Nunca 3 No sé 77	H11c

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de colesterol elevado en sangre		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez le han medido el colesterol (niveles de grasa en la sangre) un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2 <i>Pase a H17</i>	H12
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene el colesterol alto?	Sí 1 No 2 <i>Pase a H17</i>	H13a
¿Le han dicho esto por primera vez en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H13b
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado algún medicamento, pastilla o fármaco vía oral para tratar el colesterol alto, que le haya recetado un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	H14
¿Alguna vez ha consultado a un médico ñaná, curandero o médico naturista por el colesterol alto?	Sí 1 No 2	H15
¿Toma actualmente algún remedio a base de hierbas o poha ñaná para su colesterol elevado?	Sí 1 No 2	H16

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de enfermedades cardiovasculares		
¿Alguna vez ha sufrido un ataque cardíaco o dolor de pecho causado por una enfermedad del corazón (infarto del corazón), o un ataque cerebral (derrame cerebral o accidente cerebrovascular)?	Sí 1 No 2	H17
¿Actualmente toma regularmente ácido acetil salicílico (aspirina) para prevenir o tratar una enfermedad del corazón?	Sí 1 No 2	H18
¿Actualmente toma regularmente algún medicamento para el colesterol o «estatina» (lovastatina, sinvastatina, atorvastatina, rosuvastatina u otra estatina) para prevenir o tratar una enfermedad del corazón?	Sí 1 No 2	H19

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de otras enfermedades no transmisibles		
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene enfermedad renal crónica? La enfermedad renal crónica es una enfermedad de larga duración que afecta los riñones.	Sí 1	X17
	No 2	
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene una enfermedad respiratoria crónica? La enfermedad respiratoria crónica es una enfermedad de larga duración como enfisema pulmonar, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o asma.	Sí 1	X18
	No 2	
En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene cáncer?	Sí 1	X19
	No 2	

CUESTIONARIO BÁSICO: Consejería sobre estilo de vida		
Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2 Si «No» y C1=1, pase a S1 Si «No» y C1=2, pase a CX1	H20
Durante alguna de sus visitas a un médico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses, ¿le aconsejó que hiciera alguna de las siguientes acciones? (ANOTE CADA UNA)		
Dejar de fumar o no empezar a fumar	Sí 1 No 2	H20a
Reducir el consumo de sal	Sí 1 No 2	H20b
Comer al menos cinco porciones de frutas o verduras todos los días.	Sí 1 No 2	H20c
Reducir el consumo de grasa	Sí 1 No 2	H20d
Empezar a realizar actividad física o aumentarla	Sí 1 No 2	H20e
Mantener un peso saludable o perder peso	Sí 1 No 2	H20f
Reducir las bebidas azucaradas (bebidas tipo cola, o jugos en cartón) en su dieta	Sí 1 Si la respuesta a C1=1, pase a S1 No 2	H20g

CUESTIONARIO BÁSICO (exclusivamente para las mujeres): Tamizaje del cáncer del cuello uterino		
La siguiente pregunta se refiere a la prevención del cáncer del cuello uterino. Hay varias técnicas para realizar el tamizaje para la prevención del cáncer del cuello uterino, como son la inspección visual con ácido acético o vinagre, el examen citológico de Papanicolaou y la prueba del virus del papiloma humano (HPV). En la primera técnica, se aplica ácido acético (o vinagre) en la superficie del cuello uterino, que luego se inspecciona. En el caso de la prueba de Papanicolaou y la del HPV, un médico/a o enfermero/a frota con un hisopo el interior de la vagina para obtener una muestra que se envía al laboratorio. En el laboratorio se determina si en el estudio del frotis de Papanicolaou se observan alteraciones celulares, o si en la prueba del HPV se comprueba la presencia de este Virus.		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez le han hecho una prueba de tamizaje del cáncer cervicouterino, mediante una prueba de Papanicolaou o HPV?	Sí 1	CX1
	No 2 Pase a S1	
	No sabe 77	
	Se negó a responder 88	

Pregunta	Respuesta	Código
¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de Papanicolaou o HPV?	Hace 1 año o menos 1 Entre 1 y 2 años 2 Entre 3 y 5 años 3 Hace más de 5 años 4 No sabe 77 Se negó a responder 88	X20
¿Cuál fue el resultado de su última prueba de Papanicolaou o HPV?	No recibí el resultado 1 <i>Pase a S1</i> Normal/Negativo 2 Anormal/Positivo 3 Sospecha de cáncer 4 Indeterminado 5 No sabe 77 Se negó a responder 88	X21
¿Tuvo visitas de seguimiento debido al resultado de su última prueba?	Sí 1 No 2 No sabe 77	X22
¿Recibió algún tratamiento en el cuello uterino debido al resultado de su última prueba?	Sí 1 No 2 No sabe 77	X23

Sección: Tamizaje de salud	Respuesta	Código
¿Alguna vez le han examinado una muestra de las heces para buscar sangre oculta? Un examen de sangre oculta en heces es un examen que se utiliza para saber si hay sangre en las heces.	Sí 1 No 2	S1
¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia? Una colonoscopia es un examen médico en el cual un tubo es introducido por el recto para poder visualizar el intestino para saber si hay alteraciones o problemas	Sí 1 No 2	S2
<b><u>La siguiente pregunta es solo para hombres:</u></b> ¿Alguna vez le han examinado la próstata? Un examen médico del recto es un examen en el cual un médico o profesional de la salud realiza con unos guantes para explorar la próstata del paciente y saber su tamaño, la forma, o la dureza.	Sí 1 <i>Pase a X24</i> No 2 <i>Pase a X24</i>	S3
<b><u>La siguiente pregunta es solo para mujeres:</u></b> ¿Alguna vez un médico o profesional de la salud le ha enseñado cómo explorarse las mamas?	Sí 1 No 2	S4
¿Cuándo fue la última vez que le examinaron las mamas?	Hace 1 año o menos 1 Entre 1 y 2 años 2 Más de 2 años 3 Nunca 4 No sé 77	S5
¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? <b>Una mamografía</b> es una radiografía de cada mama para investigar la posibilidad de cáncer en los pechos.	Hace 1 año o menos 1 Entre 1 y 2 años 2 Más de 2 años 3 Nunca 4 No sé 77	S6



Preguntas de país: Salud Mental		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez ha tenido algún síntoma de tristeza, pérdida de interés en las cosas que antes le agradaban, pérdida de apetito, dificultad para dormir, desesperanza y que estos estaban presentes durante varios días en un mes?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	X24
¿Alguna vez se ha sentido humillado/a, maltratado/a o agredido/a físicamente por parte de una persona cercana o familiar?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	X25
¿Alguna vez se ha sentido humillado/a, maltratado/a o agredido/a verbalmente o psicológicamente (insulto, amenaza) por parte de una persona cercana o familiar?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	X26
¿Alguna vez ha reaccionado de modo violento, o ha tenido situaciones de descontrol contra una persona cercana o familiar?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	X27
¿Alguna vez ha tenido la aparición súbita de miedo o malestar intenso que dura unos minutos y que está acompañada de otros síntomas como palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, temblores, mareos, miedo a morir y miedo a enloquecer?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	X28
¿Ha tenido pensamientos de muerte recurrente, ideas suicidas con o sin plan determinado?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	X29

Cuestionario: Lesiones		
Las siguientes preguntas son sobre experiencias diferentes y comportamientos relacionados con <b>accidentes de tránsito</b> .		
Pregunta	Respuesta	Código
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó el cinturón de seguridad cuando fue el conductor/a o el pasajero/a de un automóvil?	<div>Todo el tiempo 1</div> <div>Algunas veces 2</div> <div>Nunca 3</div> <div>No ha estado en un vehículo en los últimos 30 días 4</div> <div>El automóvil que utilizo no está equipado con un cinturón de seguridad 5</div> <div>No sabe 77</div> <div>No responde 88</div>	V1
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un casco cuando condujo o viajó como pasajero/a en una moto?	<div>Todo el tiempo 1</div> <div>Algunas veces 2</div> <div>Nunca 3</div> <div>No ha estado en una moto en los últimos 30 días 4</div> <div>La moto que utilizó no está equipada con un casco 5</div> <div>No sabe 77</div> <div>No responde 88</div>	V2
En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado/a en un accidente de tránsito siendo conductor/a de automóvil, moto, bicicleta, pasajero/a o peatón?	<div>Si (como conductor/a de auto) 1</div> <div>Si (como pasajero/a) 2</div> <div>Si (como peatón) 3</div> <div>Si (como motociclista) 4</div> <div>Si (como ciclista) 5</div> <div>No 6 <i>Pase a V5</i></div> <div>No sabe 77 <i>Pase a V5</i></div> <div>No responde 88 <i>Pase a V5</i></div>	X30
En relación a la pregunta anterior, ¿sufrió lesiones de accidente de tránsito que requirieron atención médica?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div> <div>No sabe 77</div> <div>No responde 88</div>	V4

Cuestionario: Lesiones, Continuación		
Pregunta	Respuesta	Código
Las siguientes preguntas piden información de la <b>lesión más severa</b> en los últimos 12 meses.		
Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo lesionado/a accidentalmente sin incluir aquellos accidentes de tránsito que requirieron atención médica?	Si 1 No 2 <i>Pase a V8</i> No sabe 77 <i>Pase a V8</i> No responde 88 <i>Pase a V8</i>	V5
Por favor, indique cuál de los siguientes fue la causa de esta lesión	Caída 1 Arma de fuego 2 Envenenamiento 3 Herida por arma blanca 4 A punto de ahogarse 5 Mordida de animal 6 Otro (especificar) 7 No sabe 77 No responde 88	V6
	Otro (por favor especificar) _____	V6other
¿Dónde estaba usted cuando sufrió esta lesión?	Hogar 1 Escuela 2 Lugar de trabajo 3 Camino/Calle/Carretera 4 Estancia/chacra/granja 5 Deporte/área atlética 6 Otro (especificar) 7 No sabe 77 No responde 88	V7
	Otro (por favor especificar) _____	V7other

Cuestionario Ampliado: Lesiones		
Las siguientes preguntas son sobre comportamientos relacionados con su seguridad y si bebe o no alcohol mientras conduce o es pasajero/a.		
Pregunta	Respuesta	Código
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó casco cuando condujo una moto?	Siempre 1 Algunas veces 2 Nunca 3 No he conducido una en 30 días 4 No sabe 77 No responde 88	V8
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha conducido un vehículo motorizado habiendo bebido 2 o más bebidas alcohólicas?	Número de veces _____ No sabe 77 No responde 88	V9
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces viajó en un vehículo motorizado cuyo conductor haya bebido 2 o más bebidas alcohólicas?	Número de veces _____ No sabe 77 No responde 88	V10

Observaciones		Obs
---------------	--	-----

## Segundo paso Datos antropométricos

¿Está el participante de acuerdo en realizar el Paso 2 (mediciones antropométricas)?	Si	1	
	No	2 Fin de la encuesta.	

CUESTIONARIO BÁSICO: presión arterial			
Pregunta	Respuesta		Código
Número de identificación del encuestador	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		M1
Número de identificación del aparato para medir la presión arterial	<div> <div></div> <div></div> </div>		M2
Tamaño del manguito usado o brazaletes universal	Universal 1 Grande 2		M3
Primera lectura <b>Introduzca 888 en todos los campos si el informante rechazó la medición</b>	Sistólica (mmHg)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M4a
	Diastólica (mmHg)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M4b
	Latidos por minuto	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M16a
Segunda lectura <b>Introduzca 888 en todos los campos si el informante rechazó la medición</b>	Sistólica (mmHg)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M5a
	Diastólica (mmHg)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M5b
	Latidos por minuto	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M16b
Tercera lectura <b>Introduzca 888 en todos los campos si el informante rechazó la medición</b>	Sistólica (mmHg)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M6a
	Diastólica (mmHg)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M6b
	Latidos por minuto	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M16c
Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos o pastillas o fármacos vía oral para la hipertensión arterial o presión alta, indicado por un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2		M7
CUESTIONARIO BÁSICO: Estatura y peso			
Para las mujeres: ¿está usted embarazada?	Sí 1 No 2	Pase a B1 (Paso 3 Datos bioquímicos)	M8
Número de identificación del encuestador	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		M9
Número de identificación de los aparatos para medir la estatura y el peso	Estatura	<div> <div></div> <div></div> </div>	M10a
	Peso	<div> <div></div> <div></div> </div>	M10b
Estatura	Centímetros (cm) Se negó 888	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M11
Peso Si excede la capacidad medidora de la balanza 666.6	Kilogramos (kg) Se negó 888	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M12
CUESTIONARIO BÁSICO: Circunferencia abdominal			
Número de identificación del aparato para medir la circunferencia de cintura	<div> <div></div> <div></div> </div>		M13
Circunferencia de cintura	Centímetros (cm) Se negó 888	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M14

## Tercer paso Datos bioquímicos

### CUESTIONARIO BÁSICO: Glucosa sanguínea

Pregunta	Respuesta	Código
En las últimas 12 horas, ¿ha comido o bebido otra cosa que no sea agua?	Sí 1 <i>No se realiza B5</i> No 2	B1
Número de identificación del técnico	_____	B2
Número de identificación del dispositivo	_____	B3
Hora en que se obtuvo la muestra de sangre (sistema de 24 horas)	Horas : minutos _____ : _____ horas minutos	B4
Glucosa sanguínea en ayunas (SOLO SE REALIZA SI RESPONDÍO NO EN B1) <b>Rechazo/problemas con la lectura 777</b>	mg/dl _____ . _____	B5
¿Ha tomado hoy medicamentos o pastillas vía oral (fármacos) o se ha aplicado insulina para bajar el azúcar en sangre alto o la glucosa sanguínea elevada indicado por un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	B6

### CUESTIONARIO BÁSICO: Lípidos en sangre

Número de identificación del dispositivo	_____	B7
Colesterol total <b>Rechazo/problemas con la lectura 777</b>	mg/dl _____ . _____	B8
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos o pastillas vía oral (fármacos) para el colesterol elevado en sangre indicado por un médico u otro profesional sanitario?	Sí 1 No 2	B9

### CUESTIONARIO AMPLIADO: Triglicéridos

Triglicéridos <b>Rechazo/problemas con la lectura 777</b>	mg/dl _____ . _____	B16
--	---------------------	-----

### CUESTIONARIO BÁSICO: Cotinina en orina

Número de identificación del técnico	_____	B11
Número de identificación del dispositivo	_____	B12
Hora en que se obtuvo la muestra de orina (sistema horario de 24 horas)	Horas: minutos _____ : _____ hrs mins	B13
Cassette COT10	Positivo 1 Negativo 2 <i>Si es Negativo, Fin de la encuesta.</i> Rechazo/Problema con la lectura 77 <i>Fin de la encuesta.</i>	X31
Cassette COT200 (SOLO SE REALIZA CUANDO EL RESULTADO DE X31 ES POSITIVO)	Positivo 1 Negativo 2 Rechazo/Problema con la lectura 77	X32