

Youth Biometric Measures (Ages 12-17) - Spanish

Formulario aprobado
Número de OMB 0920-xxxx
Fecha de vigencia xx/xx/xxxx

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Se calcula que el tiempo promedio que le tomará a cada participante dar esta información será de 20 minutos, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia puede realizar o patrocinar un estudio, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier aspecto de esta recopilación de información incluyendo sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio

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

Fecha en la que se completó

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

Duración _____

Ahora voy a comenzar con algunas preguntas generales acerca de tu salud que se relacionan con las medidas biométricas que colectaremos hoy.

PARTE A.

PESO

¿Cómo describirías tu peso? Dirías...

- muy por debajo del peso normal
- un poco por debajo del peso normal
- casi el peso adecuado
- con un poco de sobrepeso
- con mucho sobrepeso
- NO SABES
- DESEAS CONTESTAR

¿Cuál de las siguientes afirmaciones estás tratando de hacer con respecto a tu peso?

- Bajar de peso**
- Aumentar** de peso
- Mantenerme** con el mismo peso
- No estoy tratando de hacer nada** con respecto a mi peso
- NO SABES
- DESEAS CONTESTAR

Durante los últimos 30 días, ¿estuviste **sin comer por 24 horas o más** (llamado también ayunar) para bajar de peso o para evitar aumentar de peso?

- Sí
- No
- NO SABES
- DESEAS CONTESTAR

Durante los últimos 30 días, ¿tomaste **alguna pastilla, polvo o líquido dietéticos** sin la consulta de un médico para bajar de peso o evitar aumentar de peso? (**No** incluyas productos de reemplazo de comidas como Slim Fast)

- Sí
- No
- NO SABES
- DESEAS CONTESTAR

Durante los últimos 30 días, ¿**vomitaste o tomaste laxantes** para perder peso o evitar aumentar de peso?

- Sí
- No

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____

Identificación de estudio

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Fecha en la que se completó

Duración _____

NO SABES – SKIP TO QUESTION 13

NO DESEAS CONTESTAR – SKIP TO QUESTION 13

12a. ¿Cuándo fue la última vez que usaste alguna de estas cosas diseñadas para ayudarte a dejar de fumar?

_____ Actualmente estás usando (por ej. parche)

Hace horas

Hace días

_____ Hace meses

_____ Nunca las usaste

GESTA RECIENTE DE COMIDA

¿Qué alimento o alimentos comiste durante tu última comida o refrigerio? Enumera todos los alimentos y bebidas que has ingerido en tu última comida o refrigerio.

13a. ¿A qué hora comiste el alimento? _____ AM/PM _____

14. ¿Estás actualmente en ayunas?

1 Sí

2 No

7 Don't know / Not sure

9 No deseas contestar

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio

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

Fecha en la que se completó

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

Duración _____

ENFERMEDADES RECIENTES

15. Anota cualquier resfrío, gripe u otras enfermedades que hayas tenido en las últimas 2 semanas. Para cada una, dime cuán recientemente ocurrió la enfermedad.

Si no estuvo enfermo(a) en las últimas 2 semanas, marca aquí:

Enfermedad	Hoy-	Últimos 2 días	Últimas 2 semanas
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas nos ayudarán a analizar los resultados de tu muestra de saliva.

16. ¿Alguna vez un doctor o dentista te dijo que tenías enfermedad periodontal (es decir, una infección de los tejidos blandos y huesos alrededor de tus dientes)?

Sí

No

NO SABES

NO DESEAS CONTESTAR

17. ¿Usas frenos?

Sí

No

NO SABES

NO DESEAS CONTESTAR

18. Antes de esta visita, ¿cuándo fue la última vez que te cepillaste los dientes?

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 12 a 17 años)

Entrevistador _____ Identificación de estudio

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

 Fecha en la que se completó

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

 Duración _____

Hora: _____ AM/PM

18a. La última vez que te cepillaste los dientes, ¿viste un color rosado o rojizo cuando escupiste en el lavabo?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

19. En las últimas 24 horas, ¿has tenido alguna lesión en tu boca o trabajo dental que te haya causado sangrado?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

20. ¿Tienes llagas abiertas o cortes en tu boca?

- Sí
- No
- NO SABES
- NO DESEAS CONTESTAR

USO RECIENTE DE MEDICAMENTOS

21. ¿Qué medicamentos estás tomando actualmente? (medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas, suplementos dietéticos, etc.)

INTERVIEWER INSTRUCTION – IF THE PERSON IS CURRENTLY TAKING THE MEDICATION, INDICATE “ONGOING” FOR THE STOP DATE AND MARK “ACTUALMENTE” AS YES.

_____ No tomas medicamentos

NOMBRE (marca/genérico)	DOSIS (Mg, etc.)	FRECUENCIA (1X, 2X, etc.)	VÍA (Oral, inyección, etc.)	INDICACIÓN (Hipertensión, etc.)	FECHA DE INICIO (MM/AA)	FECHA DE FINALIZ ACIÓN (MM/AA)	¿ACTUA LMENTE ? (Yes/No)
----------------------------	---------------------	------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	--	-----------------------------------

