

--

WIHSID

B2. Durante las *últimas 4 semanas*, ¿con cuánta frecuencia ha tenido cada uno de los siguientes síntomas? **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ01.**

Durante las últimas 4 semanas:	Casi todos los días	Varios días por semana	Algunos días en el mes	Solamente con infección de pulmones o respiratoria	Nunca
a. He tosido.....	1	2	3	4	5
b. He sacado flema (esputo).....	1	2	3	4	5
c. Me ha faltado de respiración.....	1	2	3	4	5
d. He tenido episodios de respiración forzada o jadeo.....	1	2	3	4	5

SECTION C: TREATMENTS AND MEDICATION USE

C1. ¿Ha usado alguna vez un inhalador manual en aerosol para respirar o para problema de pulmones?

YES..... 1
 NO..... 2 (C2)

INTERVIEWER: Please read the list of medications in each subquestion below (i.e., a, b, etc.) until the participant answers “yes” to any of the medications in the subquestion. If the participant has not used any of the medications in a particular subquestion, skip to the next subquestion (e.g., if she has used no medications in “a” skip to “b”). If she has used at least one of the listed medications, circle “yes” and ask question “ii.”

i. Durante los últimos doce meses, ¿Ha usado algunos vez de los siguientes inhaladores manuales en aerosol? HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ02.			ii. ¿Ha usado este inhalador en las últimas 2 semanas?	
	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Albuterol, proventil, ventolin, maxair, tornalate, o alupent.....	1	2 (b)	1	2
b. Atrovent, ipratropium, spiriva, o tiotropium.....	1	2 (c)	1	2
c. Combivent, que se combine atrovent y albuterol en el mismo inhalador.....	1	2 (d)	1	2
d. Serevent, foradil, o salmeterol.....	1	2 (e)	1	2
e. Advair, que se combine serevent y flovent en el mismo inhalador.....	1	2 (f)	1	2
f. Azmacort, Aerobid, flunisolide, Flovent, fluticasone, vancericil, Pulmicort, budenoside, Beclovent, beclomethasone, triamcinalone, o Qvar.....	1	2 (C2)	1	2

WIHSID

C2. ¿Ha usado alguna vez un nebulizador en su casa con medicaciones para la respiración?

YES..... 1
NO..... 2 (C3)

a. ¿Ha usado el nebulizador en las últimas 2 semanas?

YES..... 1
NO..... 2

C3. ¿Ha usado alguna vez terapia de oxígeno en su casa?

YES..... 1
NO..... 2 (C4)

a. ¿Ha usado terapia de oxígeno en su casa en las últimas 2 semanas?

YES..... 1
NO..... 2

C4. ¿Ha usado alguna vez una máquina CPAP (dispositivo de presión positiva continua en vía aérea) o ‘BiPap’ (presión de aire positiva en dos niveles) para ayudarla a respirar por la noche?

YES..... 1
NO..... 2 (SECTION D)

a. ¿Por cuánto tiempo usó la máquina CPAP o ‘BiPap’? |_|_|_|

b. DÍAS1
MESES2
AÑOS3

SECTION D: DIAGNOSES

D1. ¿Le han hecho alguna vez una Tomografía Computada de sus pulmones o pecho?

YES..... 1
NO..... 2 (D2)

a. ¿Cuándo fue la última Tomografía Computada de sus pulmones o pecho?

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
M M D D Y Y Y Y

b. ¿Dónde fue realizada su última Tomografía Computada?

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ03.

c. ¿Cuál fue el diagnóstico?

D2. ¿Le han hecho alguna vez una broncoscopia (una pequeña cámara es introducida por la boca hasta los pulmones para obtener líquido de los mismos)?

YES..... 1
NO..... 2 (D3)

a. ¿Cuándo fue su última broncoscopia?

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
M M D D Y Y Y Y

WIHSID

b. ¿Dónde fue realizada su última broncoscopia? _____

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ04.

c. ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

D3. ¿Ha tenido alguna vez una cirugía de pulmón?

YES..... 1
NO..... 2 (D4)

a. ¿Cuándo fue la última cirugía de pulmón? _____

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
M M D D Y Y Y Y

b. ¿Dónde fue realizada su última cirugía de pulmón? _____

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ05.

c. ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

D4. ¿Le han hecho alguna vez una prueba de la función pulmonar (cuando Ud. respira en un aparato colocado en la boca y el técnico le dice, “sople, sople, sople”)?

YES..... 1
NO..... 2 (D5)

a. ¿Cuándo fue la última prueba de la función pulmonar que le hicieron? _____

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
M M D D Y Y Y Y

b. ¿Dónde fue realizada la última prueba de la función pulmonar que le hicieron? _____

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ06.

c. ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

D5. ¿Ha tenido alguna vez que toser y escupir una muestra de flema (esputo) para una prueba?

YES..... 1
NO..... 2 (D6)

a. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo que escupir una muestra de flema? _____

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
M M D D Y Y Y Y

b. ¿Dónde tuvo que escupir una muestra de flema? _____

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ07.

c. ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

D6. ¿Le hicieron alguna vez un estudio de su respiración mientras estaba dormida (un estudio del sueño)?

YES..... 1
NO..... 2 (D7)

WIHSID

a. ¿Cuándo fue el último estudio del sueño que le realizaron? |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
M M D D Y Y Y Y

b. ¿Dónde le hicieron el último estudio del sueño? _____

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ08.

c. ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

D7. ¿Le han hecho alguna vez un eco o ecocardiografía (una prueba donde alguien le coloca una sonda en su pecho para tomar fotos de su corazón)?

YES..... 1
NO..... 2 (D8)

a. ¿Cuándo le hicieron la última ecocardiografía? |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
M M D D Y Y Y Y

b. ¿Dónde le hicieron la última ecocardiografía? _____

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD PQ09.

c. ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

D8. ¿Alguna vez un trabajador de la salud le ha dicho que Ud. tenía alguna de las siguientes condiciones? Para las siguientes preguntas voy a usar las palabras “trabajador de salud” para referirme a cualquier médico, enfermera o auxiliar de médicos a quien Ud. haya acudido para cuidado médico.

Le han dicho que tiene:	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. EPOC (en inglés COPD) (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o enfisema	1	2
b. Asma o síndrome reactivo de la disfunción de las vías aéreas.....	1	2
c. Bronquitis crónica.....	1	2
d. FPI (en inglés IPF) (fibrosis pulmonar idiopática) o fibrosis pulmonar	1	2
e. Sarcoidosis pulmonar	1	2
f. Hipertensión pulmonar o alta presión arterial en los pulmones	1	2
g. Un coágulo de sangre en los pulmones o embolismo pulmonar	1	2
h. Apnea del sueño	1	2
i. Cual quier otro tipo de enfermedad pulmonar	1	2 (D9)
SPECIFY: _____		

D9. TIME MODULE ENDED |_|_| : |_|_| AM..... 1
PM..... 2