PART 1
CUESTIONARIO MÉDICO INICIAL

1. NOMBRE _____
2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____
3. NÚMERO DE RELOJ _____
4. OCUPACIÓN ACTUAL _____
5. LA FÁBRICA _____
6. DIRECCIÓN _____
7. _____
(Zip Code)
8. NÚMERO DE TELÉFONO _____
(Codigo de AREA)
9. ENTREVISTADOR _____
10. FECHA _____
11. Fecha de nacimiento _____
12. Lugar de nacimiento _____
13. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
14. ¿Cuál es tu estado civil?
Soltero _____
Casado _____
Viuda _____
Apartado/
Divorciada _____
15. Origen étnico:
Blanco _____
Negro _____
Asiático _____
Hispano _____
Nativo Americano _____
Otro _____
16. ¿Cuál es el grado más alto completado en la escuela? (Para Por ejemplo, 12 años es la finalización de la escuela secundaria.) _____

HISTORIA OCUPACIONAL

17A. ¿Alguna vez ha trabajado a tiempo completo (30 horas por semana o más) durante seis meses o más?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo a 17A:

B. ¿Alguna vez ha trabajado durante un año o más en algún trabajo polvoriento?

Sí _____ No _____ No aplica _____

Trabajo/industria específica _____

Total de años trabajados _____

¿Fue la exposición al polvo?

Leve _____ Moderado _____ Severo _____

C. ¿Alguna vez ha estado expuesto a sustancias peligrosas en
¿tu trabajo? Sí _____ No _____

Trabajo/industria específica _____

Total de años trabajados _____

Fue la exposición:

Leve _____ Moderado _____ Severo _____

D. ¿Cuál ha sido su ocupación o trabajo habitual -el que
¿Has trabajado por más tiempo?

Ocupación laboral _____

Número de años empleados en esta ocupación _____

Puesto/título del trabajo _____

Negocio, campo o industria _____

(Registre en líneas los años en los que ha trabajado en cualquiera de estas industrias, p.e. 1960-1969.)

Alguna vez has trabajado:

Sí _____ No _____

E. ¿En una mina? _____

F. ¿En una cantera? _____

- G. ¿En una fundición? _____
- H. ¿En una alfarería? _____
- I. ¿En una fábrica de algodón, lino o cáñamo? _____
- J. ¿Con amianto? _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

18A. ¿Consideras que gozas de buena salud?

Sí _____ No _____

EN CASO NO, INDICA LA RAZÓN: _____

B. ¿Tiene algún defecto de visión?

Sí _____ No _____

EN CASO SÍ, INDIQUE LA NATURALEZA DEL DEFECTO: _____

C. ¿Tiene algún defecto auditivo?

Sí _____ No _____

EN CASO SÍ, INDIQUE LA NATURALEZA DEL DEFECTO: _____

D. ¿Sufre o ha sufrido alguna vez:

Sí No

a. ¿Epilepsia (o ataques, ataques, convulsiones)?	_____	_____
b. ¿Fiebre reumática?	_____	_____
c. ¿Nefropatía?	_____	_____
d. ¿Enfermedad de la vejiga?	_____	_____
e. ¿Diabetes?	_____	_____
f. ¿Ictericia?	_____	_____

RESFRIADOS Y ENFERMEDADES DEL PECHO

19A. Si te resfrías, ¿normalmente te llega al pecho?
 (Por lo general significa más de la mitad del tiempo).

Sí _____ No _____ No te resfrías _____

20A. Durante los últimos tres años, ¿ha tenido alguna enfermedad en el pecho?
enfermedades que le han impedido trabajar, en el interior de su casa,
o en la cama?

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 20A:

B. ¿Produjo flema con alguna de estas enfermedades del pecho?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. En los últimos tres años, ¿cuántas enfermedades de este tipo con
(aumento) de flema que tuvo y que duró una semana o
¿más?

21. ¿Tuviste algún problema pulmonar antes de los 16 años?

Si _____ No _____

22. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

1A. ¿Ataques de bronquitis? Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 1A:

B. ¿Fue confirmado por un médico?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. ¿A qué edad tuvo su primer ataque?

Edad en años _____ No aplica _____

2A. ¿Neumonía (incluye bronconeumonía)?

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 2A:

B. ¿Fue confirmado por un médico? Si _____ No _____

C. ¿A qué edad la tuvo por primera vez?

Edad en años _____ No aplica _____

3A. ¿Fiebre del heno? Sí No _____

EN CASO SÍ A 3A:

B. ¿Fue confirmado por un médico?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. ¿A qué edad empezó?
Edad en Años _____ No aplica _____

23A. ¿Alguna vez ha tenido bronquitis crónica?

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 23A:

B. ¿Aún lo tienes?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. ¿Fue confirmado por un médico? Si _____ No _____

D. ¿A qué edad empezó?

Edad en años _____ No aplica _____

24A. ¿Alguna vez ha tenido enfisema? Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 24A:

B. ¿Aún lo tienes?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. ¿Fue confirmado por un médico?

Sí _____ No _____ No aplica _____

D. ¿A qué edad empezó?

Edad en años _____ No aplica _____

25A. ¿Alguna vez ha tenido asma? Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 25A:

B. ¿Aún lo tienes?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. ¿Fue confirmado por un médico?

Sí _____ No _____ No aplica _____

D. ¿A qué edad empezó?

Edad en años _____ No aplica _____

E. Si ya no lo tiene, ¿a qué edad dejó?

Edad detenida _____ No aplica _____

26. ¿Alguna vez has tenido:

A. ¿Alguna otra enfermedad del pecho? Si _____ No _____

En caso afirmativo, especifique _____

B. ¿Alguna operación de tórax? Si _____ No _____

En caso afirmativo, especifique _____

C. ¿Alguna lesión en el pecho? Si _____ No _____

En caso afirmativo, especifique _____

27A. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tenía problemas cardíacos?

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 27A:

B. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por problemas cardíacos en el últimos diez años?

Sí _____ No _____ No aplica _____

28A. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tenía niveles altos de sangre? ¿presión? Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 28A:

B. ¿Ha recibido algún tratamiento para la presión arterial alta? (hipertensión) en los últimos diez años?

Sí _____ No _____ No aplica _____

29. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una radiografía de tórax?

Año: _____

30. ¿Dónde le hicieron la última radiografía de tórax (si lo sabe)?

¿Cuál fue el resultado? _____

HISTORIA FAMILIAR

31. ¿Alguna vez alguno de tus padres naturales le dijo a un médico que tenía una afección pulmonar crónica como:

	PADRE		MADRE	
	Sí	No conocido	Sí	No conocido
A. Crónico ¿Bronquitis?	___	___	___	___
B. ¿Enfisema?	___	___	___	___
C. ¿Asthma?	___	___	___	___
D. ¿Cáncer de pulmón?	___	___	___	___
E. Otro cofre ¿condiciones?	___	___	___	___
F. Es padre actualmente ¿vivo?	___	___	___	___
G. Por favor especifique	___	Edad si vive	___	Edad si vive
		___	Edad al morir	___
		___	Desconocido	___
			Desconocido	___
H. Por favor especifique la causa de la muerte	_____			

TOS

- 32A. ¿Suele tener tos? (Cuenta la tos con la primera fumar o al salir por primera vez. Excluir compensación de la garganta.) Si NO, pase a 31C. Si _____ No _____
- B. ¿Suele toser entre 4 y 6 veces al día, 4 o 5 veces más?
¿Más días a la semana? Si _____ No _____
- C. ¿Suele toser al levantarse o a primera hora?
¿por la mañana? Si _____ No _____
- D. ¿Sueles toser durante el resto del día?
o de noche? Si _____ No _____

EN CASO SÍ A ALGUNA DE LAS ANTERIORES (32A, B, C O D), RESPONDA LO SIGUIENTE.
SI NO TODAS, MARQUE "NO APLICA" Y SALTE A 33A.

E. ¿Sueles toser así la mayoría de los días durante 3
meses consecutivos o más durante el año?

Sí _____ No _____ No aplica _____

F. ¿Hace cuántos años que tiene tos?

Número de años: _____

33A. ¿Sueles sacar flemas del pecho? (Cuenta la flema con el primer cigarrillo
o al salir por primera vez. Excluya la flema de la nariz. Cuenta la flema
tragada.) Si NO, pase a 32C.

Si _____ No _____

B. ¿Sueles sacar flema de este tipo hasta dos veces al día, 4 o más días a
la semana?

Si _____ No _____

C. ¿Sueles tener flema al levantarte o a primera hora de la mañana?

Si _____ No _____

D. ¿Sueles tener flema durante el resto del día o durante la noche?

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A ALGUNA DE LAS ANTERIORES (33A, B, C O D), RESPONDA LO SIGUIENTE.
EN CASO NO A TODAS, MARQUE "NO APLICA" Y SALTE A 34A.

E. ¿Surge flema como esta la mayoría de los días durante 3
meses consecutivos o más durante el año?

Sí _____ No _____ No aplica _____

F. ¿Durante cuántos años ha tenido problemas con la flema?

Número de años _____ No aplica _____

EPISODIOS DE TOS Y FLEMA

34A. ¿Ha tenido períodos o episodios de (aumento*) tos?
y flema que dura 3 semanas o más cada año?
(*Para personas que suelen tener tos y/o flema.)

Si _____ No _____

En caso afirmativo a 34A:

B. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido al menos 1 de estos episodio por año?

Número de años _____ No aplica _____

SIBILIDADES

35A. ¿Alguna vez su pecho suena con sibilancias o silbidos?

Sí No

1. ¿Cuándo estás resfriado? _____

2. ¿Ocasionalmente además de los resfriados? _____

3. ¿La mayoría de los días o de las noches? _____

EN CASO SÍ A 1, 2 O 3 EN 35A:

B. ¿Desde hace cuántos años esto está presente?

Número de años _____ No aplica _____

36A. ¿Alguna vez ha tenido un ataque de sibilancias que le haya hecho siente falta de aire? Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 36A:

B. ¿Qué edad tenía usted cuando sufrió el primer ataque de este tipo?

Edad en años _____ No aplica _____

C. ¿Ha tenido dos o más episodios de este tipo?

Sí _____ No _____ No aplica _____

D. ¿Alguna vez ha requerido medicamento o tratamiento para el(los) ataque(s)?

Sí _____ No _____ No aplica _____

SIN RESPIRAR

37. Si está incapacitado para caminar por cualquier condición que no sea enfermedad cardíaca o pulmonar, descríbala y proceda a pregunta 39A. Naturaleza de la(s) condición(es): _____

38A. ¿Le preocupa la dificultad para respirar cuando tiene prisa?
¿El nivel o subir una ligera colina?

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 38A:

B. ¿Tienes que caminar más lento que las personas de tu edad en el nivel debido a la dificultad para respirar?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. ¿Alguna vez tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio ritmo en el nivel?

Sí _____ No _____ No aplica _____

D. ¿Alguna vez tiene que detenerse para respirar después de caminar? ¿100 yardas (o después de unos minutos) en el nivel?

Sí _____ No _____ No aplica _____

E. ¿Está demasiado sin aliento para salir de casa o está sin aliento? ¿Al vestirse o subir un tramo de escaleras?

Sí _____ No _____ No aplica _____

FUMAR TABACO

39A. ¿Alguna vez has fumado cigarrillos? (No significa menos de 20 paquetes de cigarrillos o 12 onzas de tabaco en la vida o menos de 1 cigarrillo al día durante 1 año).

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 39A:

B. ¿Fuma usted cigarrillos actualmente (desde hace un mes)?

Sí _____ No _____ No aplica _____

C. ¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar habitualmente? ¿de fumar?

Edad en años _____ No aplica _____

D. Si ha dejado de fumar cigarrillos por completo, ¿cómo ¿Cuántos años tenías cuando paraste?

Edad que dejó de fumar _____ Marque aquí si todavía fuma _____

E. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día actualmente?

Cigarrillos por día _____ No aplica _____

F. En promedio durante todo el tiempo que fumó, ¿cuántos

¿Qué cigarrillos fumaba al día?

Cigarrillos por día _____ No aplica _____

G. ¿Inhaló o inhaló el humo del cigarrillo?

No se aplica _____

De nada _____

Levemente _____

Moderadamente _____

Profundamente _____

40A. ¿Alguna vez has fumado en pipa con regularidad? (Sí significa más de 12 onzas de tabaco en la vida.)

Si _____ No _____ EN CASO SÍ A 40A:

PARA PERSONAS QUE ALGUNA VEZ HAN FUMADO EN PIPA:

B. 1. ¿A qué edad empezaste a fumar en pipa?

¿regularmente? Edad _____

2. Si dejaste de fumar en pipa por completo, ¿cuántos años tienes?

¿Estabas cuando paraste?

Edad detenida _____

Marque aquí si todavía fuma en pipa _____

No se aplica _____

C. En promedio durante todo el tiempo que fumó en pipa,

¿Cuánto tabaco para pipa fumabas por semana?

_____ onz. por semana (una bolsa estándar de tabaco contiene
1 ½ onzas)

_____ No se aplica

D. ¿Cuánto tabaco para pipa fuma usted ahora?

Onzas por semana _____

Actualmente no fuma en pipa _____

E. ¿Inhaló o inhaló el humo de la pipa?

Nunca fumé _____

De nada _____

Levemente _____

Moderadamente _____

Profundamente _____

41A. ¿Alguna vez ha fumado puros con regularidad? (Sí significa más

de 1 cigarro por semana durante un año.)

Si _____ No _____

EN CASO SÍ A 41A: PARA PERSONAS QUE ALGUNA VEZ HAN FUMADO CIGARROS:

B. 1. ¿A qué edad empezó a fumar puros?

¿regularmente? Edad _____

2. Si ha dejado de fumar puros por completo, ¿cómo

¿Cuántos años tenías cuando paraste?

Edad detenida _____

Marque aquí si todavía fuma cigarros _____

No se aplica _____

C. En promedio durante todo el tiempo que fumó cigarros,

¿cuántos cigarros fumabas por semana?

Cigarros por semana _____ No aplica _____

D. ¿Cuántos cigarros fumas por semana ahora?

Cigarros por semana _____

Marque aquí si actualmente no fuma cigarros _____

E. ¿Inhaló o inhaló el humo del cigarro?

Nunca fumé _____

De nada _____

Levemente _____

Moderadamente _____

Profundamente _____

Firma _____ Fecha de firma _____