

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	___	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 \_\_\_\_\_