



Esta encuesta es para la persona inscrita:

Instrucciones:

● Llene uno de los círculos completamente con una pluma negra o azul

Ejemplo:

● Escriba números o palabras cuando corresponda

Ejemplo:

J A 1 2

Fecha de hoy:

/   /      
(mes) (día) (año)

1 ¿Es usted la persona inscrita mencionada anteriormente?

Sí

No

a Pero estoy llenando esta encuesta por la persona inscrita mencionada anteriormente → Vaya a la Pregunta 2

o

b La persona inscrita falleció → Vaya a la Pregunta A1 en la última página

**IMPORTANTE:** En todas las preguntas, “usted” y “su” se refieren al inscrito(a) (aun cuando otra persona esté respondiendo las preguntas por el inscrito).

2 ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

/   /      
(mes) (día) (año)

3 Cuál es su sexo?

Masculino

Femenino

4 Cuál es su estado civil actual?

Soltero(a)

Casado(a)

Soltero(a), convivo con mi pareja

Viudo(a)

Divorciado(a) o separado(a)

5 Actualmente es o está: (Marque todo lo que corresponda)

Empleado(a) con salario a tiempo completo

Empleado(a) con salario a tiempo parcial

Incapacitado(a) para trabajar debido a su salud

Trabajador independiente

Sin trabajo desde hace 1 año o más

Sin trabajo por menos de 1 año

Ama de casa

Estudiante

Jubilado(a)

De licencia por maternidad o paternidad

Buscando trabajo



6. Cuál fue el ingreso total de su hogar el año 2010 antes de los impuestos?

- Menos de \$25,000
- \$25,001 - \$50,000
- \$50,001 - \$75,000
- \$75,001 - \$150,000
- Más de \$150,000

7. En general, ¿cuán satisfecho(a) está con su vida?

- Muy satisfecho(a)
- Satisfecho(a)
- Insatisfecho(a)
- Muy insatisfecho(a)

8. En general, diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

9. Para las preguntas 9a- c, proporcione respuestas según los últimos 30 días.

a. En relación a su salud física, lo que incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿durante cuántos días de los últimos 30 días su salud física no fue buena?

Escriba la cantidad de días:   O Ninguno

b. Si piensa en su salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿durante cuántos días en los últimos 30 días su salud mental no fue buena?

Escriba la cantidad de días:   O Ninguno

c. ¿Durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales en los últimos 30 días?

Escriba la cantidad de días:   O Ninguno

10. Durante el último mes, además de su trabajo habitual, ¿realizó alguna actividad física o ejercicio como correr, hacer gimnasia, jugar al golf, hacer jardinería o hacer caminatas para ejercitarse?

- Sí
- No

11 a. ¿Cuál es su altura (sin zapatos)?

Altura:  /

pies pulgadas

b. ¿Cuál es su peso actual?

Peso:

libras

c. Durante los últimos 12 meses, ¿perdió o aumentó más de 10 libras sin intentarlo?

- Sí
- No

12. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para recordar dónde deja cosas, como sus llaves o su billetera?

- Nunca
- Con muy poca frecuencia
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

13. En los últimos 7 días, ¿con cuánta frecuencia ha tenido problemas para concentrarse?

- Nunca
- Con muy poca frecuencia
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

14. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido confusión o pérdida de la memoria, además de olvidar ocasionalmente el nombre de alguna persona que recién conoció?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 16

15. Durante los últimos 12 meses, ¿la confusión o pérdida de la memoria han ocurrido con más frecuencia, o han empeorado?

- Sí
- No



16 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que tenía alguna de estas enfermedades? Indique "No" o "Sí" para cada una de las siguientes enfermedades. SI LA RESPUESTA ES "SÍ", continúe respondiendo las preguntas adicionales de cada fila.				¿Toma algún medicamento (con o sin receta) por esta enfermedad?		f. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido hospitalizado por una noche debido a esta enfermedad?	
	No	Sí	Año en que se lo dijeron por primera vez	No	Sí	No	Sí
a. Hipertensión o presión arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Angina, también denominada angina de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ataque al corazón o infarto de miocardio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Enfermedad coronaria del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Derrame cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Diabetes o glucosa en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Enfisema o EPOC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Síndrome de disfunción de la vía reactiva o SDVR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Sarcoidosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Fibrosis pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Asbestosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Esclerosis múltiple (EM) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Artritis reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Otros trastornos autoinmunes (p. ej. lupus, esclerodermia, polimiositis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Apnea del sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Enfermedad por reflujo gastroesofágico o ERGE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
s. Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
t. Otra enfermedad, especifique: (Nota: Enfermedades de cáncer y asma se cubrirán más adelante en esta encuesta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="text"/>				



- 17 Indique “No” o “Sí” para cada uno de los siguientes síntomas. SI LA RESPUESTA ES “Sí”, responda las preguntas adicionales de cada fila.

¿En los últimos 30 días, ha tenido alguno de estos síntomas, cuando <u>no</u> estaba resfriado(a), con gripe, ni con alergias estacionales?	SI RESPONDE SÍ, ¿En los últimos 30 días, durante cuántos días tuvo estos síntomas?		¿En los últimos 12 meses, ha visitado a algún médico u otro profesional de la salud por estos síntomas?		
	No	Sí	Escriba la cantidad de días:		
a. Dificultad respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	Días	<input type="text"/> <input type="text"/> →	No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>
b. Silbidos al respirar (sibilancia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	Días	<input type="text"/> <input type="text"/> →	No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>
c. Tos persistente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	Días	<input type="text"/> <input type="text"/> →	No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>

- 18 Durante los últimos 30 días, ¿se ha despertado en la noche por tos, silbidos al respirar o falta de aire, cuando no estaba resfriado(a), con gripe ni alergias estacionales?
- Sí  
 No

- 19 Durante los últimos 30 días, ¿ha utilizado algún inhalador recetado por un médico por algún problema de respiración?
- Sí  
 No

- 20 a. En los últimos 12 meses, ¿tuvo dolores de cabeza fuertes y recurrentes?

Sí

No → **Vaya a la Pregunta 21**

- b. ¿En los últimos 12 meses, ha visitado a algún médico u otro profesional de la salud por los dolores de cabeza fuertes y frecuentes?

Sí

No

- 21 a. ¿Durante los últimos 12 meses, con cuánta frecuencia ha tenido acidez o reflujo ácido?

Nunca

Menos de una vez por mes

Aproximadamente una vez por mes

Aproximadamente una vez por semana

Al menos dos veces por semana

- b. ¿En los últimos 12 meses, ha visitado a algún médico u otro profesional de la salud por acidez o reflujo ácido?

Sí

No

- c. ¿En los últimos 30 días, ha tenido acidez o reflujo ácido? Si la respuesta es “Sí”, indique la cantidad de días.

Sí → Cantidad de días:

No

- d. ¿En los últimos 30 días, ha tomado algún medicamento para la acidez o reflujo ácido?

Sí

No



22 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que usted tenía asma?

Sí

No → **Vaya a la Pregunta 25**



23 a. ¿En qué año por primera vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que tenía asma?

Año en que se lo dijeron por primera vez:

b. Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo algún episodio de asma o ataque de asma?

Sí  
 No

c. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces visitó una sala de emergencias o un centro de atención de urgencias debido al asma?

Cantidad de visitas:    Ninguna

d. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado un inhalador u otro medicamento recetado por un médico para el asma?

Sí  
 No

e. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido hospitalizado por una noche debido al asma?

Sí  
 No

24 a. En los últimos 30 días, ¿cuánto tiempo le impidió el asma realizar sus tareas en el trabajo, en la escuela o en su casa?

Todo el tiempo  
 La mayor parte del tiempo  
 Parte del tiempo  
 Muy pocas veces  
 Nunca

b. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad respiratoria?

Más de una vez por día  
 Una vez al día  
 De 3 a 6 veces por semana  
 Una o dos veces por semana  
 Nunca

c. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia los síntomas del asma (silbidos al respirar, tos, dificultad respiratoria, opresión en el pecho o dolor) lo (la) despertaron por la noche o más temprano que lo habitual por la mañana?

4 o más noches por semana  
 2 ó 3 noches por semana  
 Una vez a la semana  
 Una o dos veces  
 Nunca

d. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un inhalador de rescate o nebulizador (como albuterol)?

3 o más veces por día  
 1 ó 2 veces por día  
 2 ó 3 veces por semana  
 Una vez por semana o menos  
 Nunca

e. ¿Cómo calificaría su control del asma durante los últimos 30 días?

Sin ningún control  
 Mal controlado  
 Algo controlado  
 Bien controlado  
 Completamente controlado



25 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que tuvo cáncer (a veces denominado tumor maligno)? SI LA RESPUESTA ES 'SÍ' escriba la edad que tenía en el momento del diagnóstico y el estado donde vivía en este momento.

Sí

No → Vaya a la Pregunta 26

Tipo de cáncer			¿Qué edad tenía cuando supo por primera vez que tenía este tipo de cáncer?	¿En qué estado vivía cuando supo por primera vez que tenía este tipo de cáncer (p. ej. NY)?
	No	Sí		
a. Seno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/> <input type="text"/>
b. Próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
c. Pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
d. Colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
e. Tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
f. Sangre o sistema linfático (p. ej. leucemia, enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin u otro linfoma, mieloma múltiple)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
g. Melanoma maligno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
h. Otro tipo de cáncer de piel que no sea el melanoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
i. Otro tipo de cáncer, especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

26 ¿Tiene alguna clase de cobertura de seguro de salud, que incluye un seguro privado de salud, planes prepagados como una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), atención administrada o planes del gobierno como Medicare o Medicaid?

- Sí
- No

27 ¿Tiene al menos una persona que considere su médico personal o proveedor de atención médica?

- Sí
- No

28 a. Desde el 11 de septiembre de 2001, ¿estuvo sin seguro médico en algún momento?

Sí

No → Vaya a la Pregunta 29

b. Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo sin seguro médico en algún momento?

Sí

No

29 ¿Cuándo tuvo una consulta con su médico por última vez para realizarse un control de rutina (que no sea por alguna lesión, enfermedad o problema de salud en especial)?

En los últimos 12 meses

Hace más de un año pero menos de 2 años

Hace más de 2 años pero menos de 5 años

Hace 5 años o más

Nunca en mi vida



30 a. ¿En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que necesitó recibir atención médica para sus problemas de salud pero no la recibió?

Sí

No → Vaya a la Pregunta 31

b. ¿Por qué no recibió la atención médica que necesitaba? (Marque todo lo que corresponda)

- Quise controlarlo por mi cuenta
- Pensé que nada podía ayudarme
- No podía pagarla
- No tenía seguro o no estaba cubierto por mi seguro
- Problemas con el transporte, programación de citas, cuidado de los niños y otras responsabilidades familiares
- No sabía adónde ir o qué clase de médico escoger para mi atención médica
- No pude encontrar al proveedor que me diagnosticara o tratara mi enfermedad
- Tenía miedo de pedir ayuda o de lo que otros podrían pensar
- No me preocupé por hacerlo o no me importó

31 a. ¿En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que necesitó recibir atención para su salud mental o asesoramiento pero no la recibió?

Sí

No → Vaya a la Pregunta 32

b. ¿Por qué no recibió la atención para la salud mental que necesitaba? (Marque todo lo que corresponda)

- Quise controlarlo por mi cuenta
- Pensé que nada podía ayudarme
- No podía pagarla
- No tenía seguro o no estaba cubierto por mi seguro
- Problemas con el transporte, programación de citas, cuidado de los niños y otras responsabilidades familiares
- No sabía adónde ir o qué clase de médico escoger para mi atención médica
- No pude encontrar al proveedor que me diagnosticara o tratara mi enfermedad
- Tenía miedo de pedir ayuda o de lo que otros podrían pensar
- No me preocupé por hacerlo o no me importó

32 a. ¿Alguna vez recibió servicios de algún programa de salud relacionados con el World Trade Center (WTC)?

Sí

b. ¿De qué programa de salud del WTC recibió servicios? (Marque todo lo que corresponda)

- Mount Sinai School of Medicine
- SUNY-Stony Brook
- Queens College
- UMDNJ-University of Medicine and Dentistry of New Jersey
- FDNY
- NYPD
- Programa Nacional de Salud para Personas que Prestaron Auxilio en el WTC fuera de la Ciudad de Nueva York
- NYU/Bellevue Hospital Center, Gouverneur Health Care Services o Elmhurst Hospital Center
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

No

c. ¿Por qué motivo nunca recibió los servicios de algún programa de salud del WTC? (Marque todo lo que corresponda)

- No necesito servicios de salud relacionados con el 9/11
- No sabía sobre estos servicios
- Me dijeron que no era elegible
- Recibo atención de mi médico o terapeuta personal, u otro proveedor de atención médica
- No son convenientes para mí
- Me resultó difícil coordinar una cita
- Tengo seguro
- Me resulta estresante pensar que mis problemas pueden estar relacionados con los hechos del 11 de septiembre
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_



**Registro de Salud del World Trade Center:  
Encuesta para adultos 2011-2012**

<b>33 ¿Cuánto lo (la) han molestado los siguientes problemas en los últimos 30 días?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderada-mente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremada-mente</b>
<b>a.</b> ¿Tiene recuerdos, pensamientos o imágenes repetidas y perturbadoras de los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>b.</b> ¿Tiene sueños repetidos y perturbadores de los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>c.</b> ¿De repente actúa o siente como si los hechos del 11 de septiembre estuvieran sucediendo nuevamente (como si los estuviera viviendo nuevamente)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>d.</b> ¿Se siente muy molesto cuando algo le recuerda los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>e.</b> ¿Tiene reacciones físicas (p. ej. palpitaciones del corazón, problemas para respirar, sudor) cuando algo le recuerda los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>f.</b> ¿Evita pensar o hablar sobre los hechos del 11 de septiembre o evita sentimientos relacionados con esos hechos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>g.</b> ¿Evita actividades o situaciones porque le recuerdan los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>h.</b> ¿Tiene problemas para recordar partes importantes de los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>i.</b> ¿Perdió el interés por actividades que antes disfrutaba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>j.</b> ¿Se siente distante o alejado(a) de otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>k.</b> ¿Se siente emocionalmente paralizado(a) o incapaz de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>l.</b> ¿Siente que su futuro se acortará de alguna manera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>m.</b> ¿Tiene problemas para dormir o para permanecer dormido(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>n.</b> ¿Siente que está irritable o que tiene arranques de ira?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>o.</b> ¿Tiene dificultad para concentrarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>p.</b> ¿Siente que está muy alerta, que está vigilante o que está en guardia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>q.</b> ¿Siente que está nervioso(a) o que se asusta con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SI RESPONDIÓ "NUNCA" a todas las preguntas anteriores (33a-q),  
vaya a la pregunta 35.**





**34** Pensando en los problemas de las preguntas 33a a 33q anteriores:

- a. ¿Cuánto le han dificultado estos problemas para trabajar, ocuparse de su hogar o establecer relaciones con otras personas?
- Sin dificultad
  - Con alguna dificultad
  - Con mucha dificultad
  - Con extremada dificultad
- b. En los últimos 12 meses, ¿experimentó alguno de los problemas anteriores constantemente por más de 1 mes?
- Sí
  - No
- c. ¿En los últimos 12 meses, ha buscado tratamiento para alguno de estos problemas?
- Sí
  - No

<b>35</b> Durante <u>las últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia lo (la) molestaron los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Tuvo poco interés o pocas ganas de hacer cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Se sintió triste, deprimido(a) o desesperanzado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tuvo problemas para dormir o permanecer dormido(a), o bien durmió demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Se sintió cansado(a) o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tuvo poco apetito o comió en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Se sintió mal con usted mismo(a), o sintió que es un fracaso o que se ha decepcionado a usted mismo(a) o a su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tuvo problemas para concentrarse en cosas como leer el diario o mirar televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Estuvo moviéndose o hablando tan despacio que otras personas lo pueden haber notado? O por el contrario, ¿estuvo tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se estuvo moviendo mucho más que lo habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SI RESPONDIÓ "NUNCA" a todas las preguntas anteriores (35a a 35h), —————> vaya a la pregunta 37.**

- 36** Pensando en los problemas de las preguntas (34a- 34h) anteriores, ¿cuánto le han dificultado estos problemas para trabajar, ocuparse de su hogar o establecer relaciones con otras personas?
- Sin dificultad
  - Con alguna dificultad
  - Con mucha dificultad
  - Con extremada dificultad

Registro de Salud del World Trade Center:  
Encuesta para adultos 2011-2012

37

En los últimos 30 días, con que frecuencia se sintió:	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Muy pocas veces	Nunca
a. ¿Tan triste que nada lograba animarlo (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Nervioso(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Intranquilo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Desesperanzado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Todo era un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Despreciable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tuvo alguna de las siguientes afecciones?

	No	Sí	Año en que se lo dijeron por primera vez
a. Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. Trastorno de estrés postraumático o TEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Trastorno de ansiedad generalizada, distinto a un TEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

39

Durante los últimos 12 meses, ¿ha visto a un médico u otro profesional de la salud por las siguientes afecciones?

	No	Sí
a. Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Trastorno de estrés postraumático o TEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Trastorno de ansiedad generalizada, distinto a un TEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Nervios, emociones, u otros problemas de la salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40

Durante los últimos 12 meses, ¿ha tomado medicamentos recetados para alguna de las siguientes afecciones?

	No	Sí
a. Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Trastorno de estrés postraumático o TEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Trastorno de ansiedad generalizada, distinto a un TEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Nervios, emociones, u otros problemas de la salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Las siguientes preguntas le pedirán información sobre eventos que le pueden haber ocurrido. Sabemos que estos temas pueden ser delicados y le agradecemos sus respuestas. No incluya los hechos del 11 de septiembre cuando responda las siguientes preguntas.

**41** Sin incluir los hechos del 11 de septiembre, ¿su vida fue amenazada alguna vez por alguno de los siguientes eventos o situaciones? Responda "Sí" sólo si pensó que podría haber salido (o salió) lastimado(a) físicamente.

			Antes del 11 de septiembre		Después del 11 de septiembre	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
a. Un desastre natural o causado por humanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Un accidente grave en el trabajo, en un auto o en algún otro lugar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Un ataque con un arma de fuego, cuchillo o alguna otra arma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Un ataque sin armas, pero realizado con la intención de matarlo o herirlo gravemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Una situación en la que alguien usó fuerza física o amenaza de fuerza por parte de una persona para obligarlo(a) a tener algún tipo de contacto sexual no deseado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Cualquier otra situación en la que lo (la) hayan herido gravemente o en la que temió que lo (la) mataran o hirieran gravemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Situación en la que haya visto a alguien gravemente herido(a) o a alguien que tuvo una muerte violenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Una enfermedad que puso en riesgo su vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**42** Desde el 11 de septiembre de 2001, ¿ha experimentado alguna vez cualquiera de las siguientes situaciones?

			¿Esto ocurrió en los últimos 12 meses?	
	No	Sí	No	Sí
a. ¿No pudo pagar gastos de alimentos, vivienda u otras necesidades básicas por un período de 3 meses o más?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Tuvo problemas graves en el trabajo o perdió su trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Tuvo problemas familiares graves que involucren a su cónyuge, hijo(a) o padres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Asistió a un familiar cercano o amigo que haya tenido una enfermedad grave o mortal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Tuvo problemas legales graves?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Perdió a alguna persona cercana a usted por algún accidente, asesinato o suicidio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**43** En los últimos 2 meses, ¿ha experimentado la muerte de un cónyuge, pareja, familiar cercano o amigo?

Sí

No

**44** Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia lo (la) molestaron los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. ¿Se sintió nervioso(a), ansioso(a) o al límite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿No pudo dejar de preocuparse o controlar su preocupación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Se preocupó mucho por diferentes cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Tuvo problemas para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Estuvo tan inquieto(a) que le fue difícil quedarse sentado(a) tranquilo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Se enojó o se irritó con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Sintió miedo como si algo horrible pudiera suceder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**45** ¿Con qué frecuencia una persona está disponible para lo siguiente?:

	Nunca	Muy pocas veces	Parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. ¿Para llevarlo al médico si necesita ir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Para pasar un buen momento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Para darle un abrazo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Para prepararle la comida si no puede hacerlo usted mismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Para entender sus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 46** En los últimos 30 días:
- a. ¿Visitó, habló o envió mensajes de correo electrónico a sus amigos al menos dos veces?  
 Sí  
 No
- b. ¿Asistió a un servicio religioso al menos dos veces?  
 Sí  
 No
- c. ¿Participó de manera activa en una organización de voluntarios o club?  
 Sí  
 No

- 47** ¿Aproximadamente cuántos amigos o familiares cercanos tiene ahora? (Al decir amigos o familiares cercanos, nos referimos a aquellas personas con quienes se siente cómodo y con quienes puede hablar sobre lo que piensa).

Cantidad de amigos o familiares cercanos:    Ninguno



- 48 ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma?  
 Todos los días  
 Algunos días  
 Nunca → **Vaya a la Pregunta 50**

- 49 En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma por día aproximadamente?  
 Cantidad de cigarrillos:

50 Para responder a las preguntas 50 a 52, Un trago de alcohol es 1 lata o botella de cerveza, 1 copa de vino, 1 lata o botella de vino refrescante, 1 cóctel o 1 trago de licor.

- a. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó al menos un trago de alguna bebida alcohólica?

Cantidad de días:    Ninguno

- b. En los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

Cantidad de tragos:

- c. ¿Cuál es el número máximo de tragos que ha consumido en una sola ocasión en los últimos 30 días?

Cantidad de tragos:

**sólo los hombres**

- 51 a. Durante los últimos 12 meses, aproximadamente con cuánta frecuencia bebió 5 tragos o más en un solo día?  
 Nunca → **Vaya a la Pregunta 57**  
 Una vez  
 Más de una vez

- b. Teniendo en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días bebió 5 tragos o más en una misma ocasión?

Cantidad de veces:    Ninguna

Vaya a la Pregunta 57 en la página siguiente. →

**sólo las mujeres**

- 52 a. Durante los últimos 12 meses, aproximadamente con cuánta frecuencia bebió 4 tragos o más en un solo día?

Nunca → **Vaya a la Pregunta 53**  
 Una vez  
 Más de una vez

- b. Teniendo en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días bebió 4 tragos o más en una misma ocasión?

Cantidad de veces:    Ninguna

**Si es MUJER responda a las preguntas 53 a 56**

- 53 ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?

Edad:

Los periodos menstruales no han empezado

→ **Vaya a la Pregunta 57**

- 54 ¿Todavía tiene sus periodos menstruales?

Sí → **Vaya a la Pregunta 57**  
 No

- 55 ¿Qué edad tenía cuando sus periodos menstruales se terminaron?

Edad:

- 56 ¿Por qué se terminaron sus periodos menstruales?

Menopausia o cambio de vida  
 Embarazada o en periodo de lactancia  
 Cirugía, medicamentos, o irradiación



Registro de Salud del World Trade Center:  
Encuesta para adultos 2011-2012

Para responder a las preguntas 57 a 60: la siguiente información es necesaria para mantener un seguimiento adecuado de quiénes están inscritos en el Registro. Esta información será estrictamente confidencial. Si desea proporcionarnos su número de seguro social completo, llámenos al 1-866-692-9827.

57 Escriba los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social:

58 ¿Cuál es su dirección de correo electrónico actual?

59 ¿Cuál es (era) el apellido de su padre?

60 ¿Dónde nació?  
Estado de EE. UU.:              País (Si es fuera de los EE. UU.): \_\_\_\_\_

**Nota:** Si usted está llenando esta encuesta en nombre de alguien, o si el inscrito ha fallecido, por favor responda las preguntas A1 hasta A3 en la parte de abajo. Gracias.

Gracias por completar la encuesta.

Coloque la encuesta completada en el sobre con el franqueo pagado que llegó en el paquete y envíelo por correo. Si el sobre no fue incluido o se perdió, por favor llámenos al 866-692-9827.

Visite [nyc.gov/9-11HealthInfo](http://nyc.gov/9-11HealthInfo) para obtener información actualizada sobre la investigación y los servicios relacionados con los hechos del 11 de septiembre.

A1 Su nombre (el suyo):   
Nombre

Apellido

Número de teléfono:  -  -

- A2 ¿Qué le impidió a esta persona completar la encuesta?
- Una discapacidad física o mental
  - Un obstáculo con el idioma
  - La encuesta era muy difícil para que la persona la lea
  - La persona inscrita falleció
  - Otra razón, especifique: \_\_\_\_\_

A3 Si el inscrito ha fallecido, enviamos nuestras sinceras condolencias. Complete sólo la información a continuación y envíenos la encuesta por correo o llámenos al 1-866-692-9827.

Fecha de defunción:  /  /   
(mes)      (día)      (año)

Lugar de defunción: Estado de EE.UU.:    
  
País (Si es fuera de los EE.UU.): \_\_\_\_\_