



# Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2003

FOLIO DE CUESTIONARIO

## Cuestionario de Dieta Tipo, Frecuencia de Consumo y Lactancia, Diabetes y Toma de Muestras Biológicas

### Sección Diabetes y Hemoglobina Glicosilada

TABLA: tbl\_hogares

#### 1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA **entidad** \_\_\_\_\_

MUNICIPIO O DELEGACIÓN **municip** \_\_\_\_\_

LOCALIDAD **localid** \_\_\_\_\_

CLAVE DE AGEB ..... -

MANZANA ..... -

ESTRATO ..... -

NÚMERO DE UPM ..... -

CIUDAD ..... -

#### 3. FOLIO DE LA VIVIENDA

**id\_hogar**

#### 4. CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO PROGRESIVO  
DE VIVIENDA ..... -

HOGAR ..... DE .....  
DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO ..... DE .....  
DEL HOGAR

#### 5. CONTROL DE PAQUETE

FOLIO DE PAQUETE ..... -

CONSECUTIVO DEL CUESTIONARIO  
EN EL PAQUETE ..... -

#### 2. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

**t\_hogar** : C=Control I=Intervención

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM.)

NÚMERO EXTERIOR

NÚMERO INTERIOR

(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

CÓDIGO POSTAL

#### 6. RESULTADO DE LA VISITA A PERSONA DE 40 AÑOS Y MÁS

**id\_pers**

CLAVE DE RESIDENTE

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____	_____	_____
FECHA (dd mm aa)	_____	_____	_____
RESULTADO (*)	<b>res1</b>	<b>res2</b>	<b>res3</b>
HORA DE INICIO	_____:____	_____:____	_____:____
HORA DE TÉRMINO	_____:____	_____:____	_____:____

#### (\*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- |                                                     |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA                              | 07 VIVIENDA DESHABITADA                |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA                            | 08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL            |
| 03 INFORMANTE INADECUADO                            | 09 NO HABLA ESPAÑOL                    |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)                 | 10 NO ES VIVIENDA                      |
| 05 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 11 VIVIENDA NO LOCALIZADA              |
| 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN                        | 12 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

**PRESENTACIÓN**

Buenos días (tardes), mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo para el Instituto Nacional de Salud Pública. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud. La información que usted nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente en este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales y de salud. ¿Está usted de acuerdo en contestar este cuestionario?

**FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio que el Instituto Nacional de Salud Pública está realizando, proporcionando los datos que se me solicitan sobre las características de mi salud. Acepto proporcionar 2 gotitas de sangre que serán obtenidas mediante un piquete en la yema del dedo y que servirán para determinar si tengo o no la glucosa elevada en sangre (azúcar en la sangre).

También he sido informado(a) que el material para la obtención de muestras de sangre es totalmente estéril y desechable, así como que los datos que proporcione serán totalmente confidenciales y que serán utilizados sin revelar mi nombre, a menos que lo autorice por escrito.

Estoy enterado(a) que como consecuencia de los procedimientos para obtener la muestra de sangre podrían aparecer, en raras ocasiones, molestias locales como dolor en la yema del dedo que no tienen consecuencias negativas importantes.

Estoy enterado(a) de que el hecho de negarme a participar en la evaluación no tendrá ninguna consecuencia ni limitación en mi derecho a ser atendido(a) en los servicios de salud o en cualquier otro servicio público y que en caso de tener dudas, comentarios o quejas puedo comunicarme con el Dr. Mauricio Hernández Ávila, Director del Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública al teléfono (01 800) 614 6268.

Localidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

Nombre y firma de conformidad

Av. Universidad No 655 .-Col. Sta. María Ahuacatitlán .-C.P. 62508 Cuernavaca, Mor  
e-mail: mhernan@correo.insp.mx  
Tel/Fax: (777) 311 1148

## ENTREVISTE A PERSONA MAYOR DE 40 AÑOS

NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA: \_\_\_\_\_

## 1 LE HAN DICHO DEL PADECIMIENTO

¿Le han dicho que tiene diabetes (azúcar alta en la sangre)?

D01B01

Sí ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

## 2 CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO

¿Sabe usted si es diabético (tiene el azúcar alta en la sangre)?

D01B02

Sí ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

## 3 TOMA DE SANGRE

Voy a hacerle un pequeño piquete en la yema del dedo para informarle a usted el nivel de azúcar que tiene en la sangre

D01B03

NIVEL ..... | | | |

No se tomó muestra ..... 999

Mientras se obtiene el resultado de su prueba de azúcar en la sangre, le voy a hacer unas preguntas sobre diabetes.

## 4 QUIEN LE NOTIFICÓ

¿Quién le dijo que tenía diabetes (azúcar alta en la sangre)?

D01B04

Un médico me lo diagnosticó ..... 1

Otra persona me lo dijo ..... 2

No recuerda ..... 3

NO SABE ..... 9

## 5 CONFIRMACIÓN

¿Cómo le confirmaron que tenía diabetes?

D01B05

Con una prueba de sangre ..... 1

Con una prueba de orina ..... 2

Sin ninguna prueba ..... 3

NO SABE ..... 9

## 6 TIEMPO DE CONOCIMIENTO

¿Hace cuánto tiempo sabe usted que tiene diabetes?

D01B06

Menos de un año ..... 1

De 1 a 2 años ..... 2

De 3 a 5 años ..... 3

Más de 5 años ..... 4

No recuerda ..... 5

## 7 EDAD DEL DIAGNÓSTICO

¿Qué edad tenía usted cuando le diagnosticaron diabetes?

D01B07

Años cumplidos ..... | | | |

NO SABE ..... 99

## 8 LUGAR DEL DIAGNÓSTICO

¿Dónde le diagnosticaron la diabetes?

D01B0801

- |                                           |   |
|-------------------------------------------|---|
| Clínica del IMSS .....                    | 1 |
| Clínica de la SSA (Centro de Salud) ..... | 2 |
| Clínica del ISSSTE .....                  | 3 |
| Clínica de las Fuerzas Armadas .....      | 4 |
| Clínica de otra institución .....         | 5 |
| Clínica privada .....                     | 6 |
| Otro (ESPECIFIQUE) <b>D01B0802</b> .....  | 7 |
| NORESPONDE .....                          | 8 |
| NO SABE .....                             | 9 |

## 9 TIENE TRATAMIENTO MÉDICO

¿Actualmente, tiene usted tratamiento médico para la diabetes?

D01B09

- |          |     |
|----------|-----|
| Sí ..... | 1 → |
| NO ..... | 2   |

PASE  
A 11

## 10 MOTIVO DE NO TRATAMIENTO

¿Porqué no tiene tratamiento para la diabetes?

D01B10

- |                                          |   |
|------------------------------------------|---|
| El médico dice que no es necesario ..... | 1 |
| No tengo síntomas .....                  | 2 |
| Me siento bien .....                     | 3 |
| No tiene dinero .....                    | 4 |
| NO SABE .....                            | 9 |

PASE  
A 53

## 11 TRATAMIENTO MÉDICO

¿El tratamiento médico que tiene es:

D01B1101

- |                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| <b>dieta exclusiva?</b> .....            | 1 → |
| <b>medicamentos?</b> .....               | 2   |
| <b>dieta y medicamentos?</b> .....       | 3   |
| Otro (ESPECIFIQUE) <b>D01B1102</b> ..... | 4   |

PASE  
A 17

## 12 PASTILLAS PARA LA DIABETES

¿Actualmente, usted toma pastillas para controlar la diabetes?

D01B12

- |          |     |
|----------|-----|
| Sí ..... | 1   |
| NO ..... | 2 → |

PASE  
A 17

13 MEDICAMENTO PARA LA DIABETES

a) De los siguientes medicamentos, ¿cuál toma usted para controlar su diabetes?

Compuesto	Nombre Comercial	Columna de apoyo	Frecuencia de consumo																
1 - Sí 2 - NO			b) ¿Cuántas veces al día tomó el medicamento?										c) ¿Desde hace cuántos meses lo toma?						
			Veces por día					Días a la semana											
			Nunca	1	2	3	más de 3	Nunca	1	2	3	más de 3							
Clorpropamida	Diabinese	D01B1301	01	D01B1302	05	01	D01B1303	05	01	02	D01B1304	06	99						
Tolbutamida	Rastinon	D01B1305	01	D01B1306	05	01	D01B1307	05	01	02	D01B1308	06	99						
Glibenclamida	Daonil	D01B1309	01	D01B1310	05	01	D01B1311	05	01	02	D01B1312	06	99						
Glibenclamida	Euglucon 5	D01B1313	01	D01B1314	05	01	D01B1315	05	01	02	D01B1316	06	99						
Glibenclamida	Norglicen 5	D01B1317	01	D01B1318	05	01	D01B1319	05	01	02	D01B1320	06	99						
Glibenclamida	Glucolon	D01B1321	01	D01B1322	05	01	D01B1323	05	01	02	D01B1324	06	99						
Glibenclamida		D01B1325	01	D01B1326	05	01	D01B1327	05	01	02	D01B1328	06	99						
Gliclacida	Diamicon	D01B1329	01	D01B1330	05	01	D01B1331	05	01	02	D01B1332	06	99						
Glipizida	Minodiab	D01B1333	01	D01B1334	05	01	D01B1335	05	01	02	D01B1336	06	99						
Glipizida	Glibinese	D01B1337	01	D01B1338	05	01	D01B1339	05	01	02	D01B1340	06	99						
Gliquidona	Glurenor	D01B1341	01	D01B1342	05	01	D01B1343	05	01	02	D01B1344	06	99						
Glipentida	Staticum	D01B1345	01	D01B1346	05	01	D01B1347	05	01	02	D01B1348	06	99						
Glimepirida	Amaryl	D01B1349	01	D01B1350	05	01	D01B1351	05	01	02	D01B1352	06	99						
Glimepirida	Roname	D01B1353	01	D01B1354	05	01	D01B1355	05	01	02	D01B1356	06	99						
Buformina*	Silubin	D01B1357	01	D01B1358	05	01	D01B1359	05	01	02	D01B1360	06	99						
Buformina*	Retard	D01B1361	01	D01B1362	05	01	D01B1363	05	01	02	D01B1364	06	99						
Metformina	Dianben 850**	D01B1365	01	D01B1366	05	01	D01B1367	05	01	02	D01B1368	06	99						
Acarbosa	Glucobay	D01B1369	01	D01B1370	05	01	D01B1371	05	01	02	D01B1372	06	99						
Acarbosa	Glumida	D01B1373	01	D01B1374	05	01	D01B1375	05	01	02	D01B1376	06	99						
Miglitol	Diastabol	D01B1377	01	D01B1378	05	01	D01B1379	05	01	02	D01B1380	06	99						
Migitol	Plumarol	D01B1381	01	D01B1382	05	01	D01B1383	05	01	02	D01B1384	06	99						
Repaglinida	Novonorm	D01B1385	01	D01B1386	05	01	D01B1387	05	01	02	D01B1388	06	99						
Metformina + Clorpropamida	Mellitron	D01B1389	01	D01B1390	05	01	D01B1391	05	01	02	D01B1392	06	99						
Otra		D01B1393	01	D01B1394	05	01	D01B1395	05	01	02	D01B1396	06	99						

14 ÚNICAMENTE PARA QUE CONTESTEN OTRA

¿Dígame por favor el nombre de la pastilla que usted toma para controlar su diabetes?

NOMBRE: D01B1401

NO SABE .....D01B1402 ..... 9

15 GASTO EN LAS PASTILLAS

¿Cuánto gasta usted al mes en las pastillas para controlar su diabetes?

D01B15

MONTO ..... | | | | |

NO SABE ..... 9999

<p>16 LE DAN PASTILLAS DONDE SE ATIENDE</p> <p>¿Las pastillas para controlar su diabetes se las dan en la clínica donde se atiende?</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B16</b></p>
<p>17 INYECCIONES PARA LA DIABETES</p> <p>Actualmente, ¿usted se aplica inyecciones de insulina para controlar la diabetes?</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B1701</b></p>
<p>18 TIPO DE INSULINA</p> <p>¿Qué tipo de insulina utiliza usted?</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B18</b></p>
<p>19 FRECUENCIA DE APLICACIÓN DE INSULINA</p> <p>¿Cuántas veces al día se la aplica o inyecta?</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B19</b></p>
<p>20 VISITAS AL MÉDICO EN EL ÚLTIMO MES</p> <p>En el último mes, en total, ¿cuántas veces acudió con el médico, enfermera o a un Servicio de Salud para controlar su diabetes?</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B20</b></p>
<p>21 VISITAS AL MÉDICO EN EL ÚLTIMO AÑO</p> <p>En el último año, en total, ¿cuántas veces acudió con el médico, enfermera o a un Servicio de Salud para controlar su diabetes?</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B21</b></p>
<p>22 ÚLTIMA VISITA AL NUTRIÓLOGO</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que acudió al nutriólogo o dietista?</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B22</b></p>
<p>23 ÚLTIMA VISITA AL OFTALMÓLOGO</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que acudió a un oftalmólogo? (Un oftalmólogo es una persona profesionalmente entrenada para revisar los ojos y detectar y tratar problemas de los ojos y alguna enfermedad, no es un optometrista).</p> <p style="text-align: right;"><b>D01B23</b></p>

SÍ ..... 1

NO ..... 2

SÍ ..... 1

→ CUANTO GASTA AL MES ..... **D01B1702**

NO ..... 2 →

PASE  
A 20

Lenta ..... 1

Intermedio ..... 2

Rápida (N.P.H.) ..... 3

NO SABE ..... 9

Una vez ..... 1

De 2 a 3 veces ..... 2

Más de 3 veces ..... 3

NO SABE ..... 9

NÚMERO DE VECES ..... | | |

NO SABE ..... 99

NÚMERO DE VECES ..... | | |

NO SABE ..... 99

Nunca ha visitado al Nutriólogo ..... 1

En los últimos 12 meses ..... 2

De 1 a 2 años ..... 3

De 3 a 4 años ..... 4

5 años y más ..... 5

NORECUERDA ..... 6

Nunca ha visitado al Oftalmólogo ..... 1

En los últimos 12 meses ..... 2

De 1 a 2 años ..... 3

De 3 a 4 años ..... 4

5 años y más ..... 5

NORECUERDA ..... 6

<p>24 PROBLEMAS EN LA RETINA</p> <p>En su visita de control de su diabetes, ¿el médico le ha dicho que tiene problemas en la retina de su ojo (retinopatía diabética)?</p> <p style="text-align: right;">D01B24</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 3</p>
<p>25 ÚLTIMA VISITA AL ORTOPEDISTA</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que acudió al ortopedista, cirujano o angiólogo para tratar o revisar los pies?</p> <p style="text-align: right;">D01B25</p>	<p>Nunca los ha visitado ..... 1</p> <p>En los últimos 12 meses ..... 2</p> <p>De 1 a 2 años ..... 3</p> <p>De 3 a 4 años ..... 4</p> <p>5 años y más ..... 5</p> <p>NORECUERDA ..... 6</p>
<p>26 ÚLTIMO FONDO DE OJO</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que en el examen de sus ojos, el médico le colocó unas gotas para ver el fondo de los ojos? (Esto es notorio porque después de las gotas quedo muy sensible a la luz, tuvo que utilizar lentes oscuros, no le fue posible ver durante el manejo de un vehículo o caminar por la calle).</p> <p style="text-align: right;">D01B26</p>	<p>Nunca se ha realizado este tipo de examen ..... 1</p> <p>En los últimos 12 meses ..... 2</p> <p>De 1 a 2 años ..... 3</p> <p>De 3 a 4 años ..... 4</p> <p>5 años y más ..... 5</p> <p>NORECUERDA ..... 6</p>
<p>27 MOTIVO DEL PADECIMIENTO</p> <p>En su consulta médica para controlar su diabetes, ¿el médico le ha explicado cómo checar el azúcar en su sangre?</p> <p style="text-align: right;">D01B27</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 3</p>
<p>28 TOMA DE MEDICAMENTO</p> <p>En la consulta médica para controlar su diabetes, ¿el médico le ha explicado cómo debe tomarse sus medicamentos?</p> <p style="text-align: right;">D01B28</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 3</p>
<p>29 DIETA PARA DIABETES</p> <p>En la consulta médica para controlar su diabetes, ¿el médico le ha explicado que debe llevar una dieta?</p> <p style="text-align: right;">D01B29</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 3</p>
<p>30 EJERCICIO PARA DIABETES</p> <p>En la última consulta médica para controlar su diabetes, ¿el médico le ha explicado que tiene que realizar ejercicio?</p> <p style="text-align: right;">D01B30</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 3</p>
<p>31 PESO</p> <p>En la consulta médica para controlar su diabetes, ¿el médico lo pesó?</p> <p style="text-align: right;">D01B31</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 3</p>

<p>32 UTILIDAD DE CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO</p> <p>¿Sabe usted la utilidad que tiene el conocer como es su padecimiento?</p> <p style="text-align: right;">D01B32</p>
<p>33 PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>En la consulta médica para controlar su diabetes, ¿el médico le ha medido su presión arterial?</p> <p style="text-align: right;">D01B33</p>
<p>34 CONOCIMIENTO DE SU PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Sabe usted si tiene la presión arterial alta?</p> <p style="text-align: right;">D01B34</p>
<p>35 TOMA MEDICAMENTO PARA SU PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Toma medicamento para controlar su presión alta?</p> <p style="text-align: right;">D01B35</p>
<p>36 FRECUENCIA DEL MEDICAMENTO</p> <p>¿Hace cuánto tiempo que toma los medicamentos?</p> <p style="text-align: right;">D01B36</p>
<p>37 ÚLTIMA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que se midió (tomó) su presión arterial?</p> <p style="text-align: right;">D01B37</p>
<p>38 VALOR DE LA PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Me puede decir el valor de esta medición?</p>

Sí ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

Sí ..... 1

NO ..... 2

NORECUERDA ..... 3

Sí ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

→

PASE  
A 37

Sí ..... 1

NO ..... 2

→

PASE  
A 37

Menos de 1 mes ..... 1

De 1 a 3 meses ..... 2

De 4 a 6 meses ..... 3

De 7 a 9 meses ..... 4

De 10 a 12 meses ..... 5

Más de 12 meses ..... 6

NO SABE ..... 9

Menos de 1 mes ..... 1

De 1 a 3 meses ..... 2

De 4 a 6 meses ..... 3

De 7 a 9 meses ..... 4

De 10 a 12 meses ..... 5

NO SABE ..... 9

→

PASE  
A 39

Sistólica ..... D01B3801

Diastólica ..... D01B3802

NO SABE ..... D01B3803 9



## 39 ÚLTIMA PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE

¿Su última prueba de azúcar en la sangre fue:

D01B39

en los últimos 12 meses? .....	1
de 1 a 2 años? .....	2
de 3 a 4 años? .....	3
5 y más? .....	4
NORECUERDA .....	5
NO SABE .....	9

PASE  
A 41

## 40 MOTIVO DE NO CONTROL

¿Porqué no se ha realizado su control de azúcar en la sangre?

D01B40

No he ido a la clínica .....	1
Cuando voy no me lo hacen .....	2
No tengo dinero para pagar el examen .....	3
NORESPONDE .....	8
NO SABE .....	9

## 41 ÚLTIMA PRUEBA DE GLUCOSA EN ORINA

¿Su última prueba de azúcar en la orina fue:

D01B41

en los últimos 12 meses? .....	1
de 1 a 2 años? .....	2
de 3 a 4 años? .....	3
5 y más? .....	4
NUNCA .....	5
NORECUERDA .....	6
NO SABE .....	9

## 42 REVISAR PERSONALMENTE SU NIVEL DE AZÚCAR

Durante los últimos 30 días, ¿se checó personalmente su nivel de azúcar en la sangre?

D01B4201

SÍ .....	1	→	VECES ...	_ _
NO .....	2			

D01B4202

## 43 ACUDIÓ AL HOSPITAL

Durante los últimos 12 meses, ¿acudió en algún momento del día al hospital para atenderse de urgencia por su diabetes?

D01B4301

SÍ .....	1	→	VECES ...	_ _
NO .....	2			
NORECUERDA .....	3			

D01B4302

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TIENEN UN NÚMERO DEL 5 AL 10, ELIGA EL QUE MEJOR DESCRIBA SU RESPUESTA

44 TRATAMIENTO ACTUAL

D01B44

¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?

45 NÍVELES DE AZÚCAR ELEVADOS

D01B45

El último mes, ¿qué tan a menudo ha sentido que sus niveles de azúcar han estado muy elevados?

46 NÍVELES DE AZÚCAR BAJOS

D01B46

El último mes, ¿qué tan a menudo ha sentido que sus niveles de azúcar han estado muy bajos?

47 CONVENIENCIA DEL TRATAMIENTO

D01B47

El último mes, ¿qué tan conveniente ha sentido su tratamiento para la diabetes?

48 FLEXIBILIDAD DEL TRATAMIENTO

D01B48

El último mes, ¿qué tan fácil ha encontrado su tratamiento para la diabetes (qué tan fácil puede ser el cambio de medicamentos)?

49 SATISFACCIÓN DEL CONOCIMIENTO

D01B49

¿Qué tan satisfecho está con el conocimiento que tiene acerca de su diabetes?

50 RECOMENDACIÓN DEL TRATAMIENTO

D01B50

¿Usted recomendaría el tratamiento que tiene para la diabetes a alguien con el mismo tipo de diabetes que la de usted?

51 SATISFACCIÓN DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO

D01B51

Actualmente ¿qué tan satisfecho está de continuar con el tratamiento para la diabetes que tiene?

52 ÚLTIMO NIVEL DE AZÚCAR

¿Recuerda el último nivel de azúcar que le dijeron que tenía?

D01B5201

53 ASISTENCIA A PLÁTICAS

En el último año, ¿usted ha asistido a pláticas sobre prevención o control de diabetes en su clínica de atención médica?

D01B53

Muy insatisfecho

5

6

7

8

Muy satisfecho

9

10

Ninguna vez

5

6

7

8

La mayor parte del tiempo

9

10

ninguna vez

5

6

7

8

La mayor parte del tiempo

9

10

Muy inconveniente

5

6

7

8

Muy conveniente

9

10

Muy inflexible

5

6

7

8

Muy flexible

9

10

Muy insatisfecho

5

6

7

8

Muy satisfecho

9

10

No, definitivamente no recomendaría el tratamiento

5

6

7

8

Si, definitivamente recomendaría el tratamiento

9

10

Muy insatisfecho

5

6

7

8

Muy satisfecho

9

10

Sí ..... 1 → NIVEL ..... | | | | |

NO ..... 2

D01B5202

NO SABE ..... 9

Sí ..... 1

NO ..... 2 →

PASE  
A 55

54 ASISTENCIA RECIENTE A PLÁTICAS

¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que asistió a una plática sobre prevención de diabetes?

D01B54

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| Hoy .....                 | 1 |
| Ayer .....                | 2 |
| La semana pasada .....    | 3 |
| Hace quince días .....    | 4 |
| El mes pasado .....       | 5 |
| Tiene más de un mes ..... | 6 |
| No recuerda .....         | 8 |

55 APARIENCIA

Marque la figura que sienta que más se parece a usted.

MUESTRE LA TARJETA Y ANOTE  
EL NÚMERO DE LA FIGURA QUE  
EL ENTREVISTADO SEÑALE

D01B5501

PERCEPCIÓN DEL ENTREVISTADO ..... | |

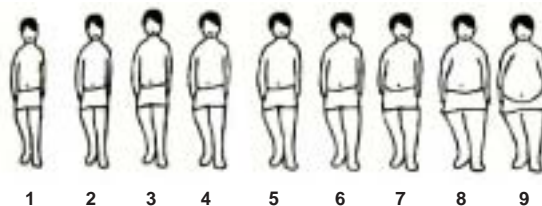
ANOTE EL NÚMERO DE LA  
FIGURA QUE PERCIBA USTED  
COMO ENTREVISTADOR

D01B5502

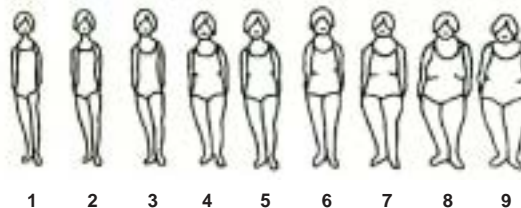
PERCEPCIÓN DEL ENTREVISTADOR ..... | |

Si el entrevistado(a) es:

Hombre



Mujer



ANOTE EL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE DE LA PRUEBA QUE ACABA DE REALIZAR EN LA PREGUNTA NÚMERO TRES  
Y REVISE SU MANUAL.

## RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al **Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar."

## OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 42, párrafo primero, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas."

## CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice."

En referencia directa al **Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

### OBSERVACIONES

[illegible]

### RECUADRO DE CONTROL

	SUPERVISADO POR	VALIDADO POR	CAPTURADO POR
NOMBRE			
CLAVE	_____	_____	_____
FECHA (ddmmaa)	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____