



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

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____

LOCALIDAD _____

CLAVE DE AGEB -

MANZANA

ESTRATO

NÚMERO DE UPM

CIUDAD

3. FOLIO DE LA VIVIENDA

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

(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

CLAVE DE RESIDENTE

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____	_____	_____
FECHA (dd mm aa)	_____	_____	_____
RESULTADO (*)	_____	_____	_____
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

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

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)?

Sí 1
NO 2
NO SABE 9

2 CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO

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

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

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)?

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?

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?

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?

Años cumplidos
NO SABE 99

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

8 LUGAR DEL DIAGNÓSTICO

¿Dónde le diagnosticaron la diabetes?

- | | |
|---|---|
| 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) | 7 |
| NORESPONDE | 8 |
| NO SABE | 9 |

9 TIENE TRATAMIENTO MÉDICO

¿Actualmente, tiene usted tratamiento médico para la diabetes?

- | | |
|----------|-----|
| SÍ | 1 → |
| NO | 2 |

PASE
A 11

10 MOTIVO DE NO TRATAMIENTO

¿Porqué no tiene tratamiento para la diabetes?

- | | |
|--|---|
| 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:

- | | |
|-----------------------------|-----|
| dieta exclusiva? | 1 → |
| medicamentos? | 2 |
| dieta y medicamentos? | 3 |
| Otro (ESPECIFIQUE) | 4 |

PASE
A 17

12 PASTILLAS PARA LA DIABETES

¿Actualmente, usted toma pastillas para controlar la diabetes?

- | | |
|----------|-----|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 → |

PASE
A 17

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

13 MEDICAMENTO PARA LA DIABETES																			
a) De los siguientes medicamentos, ¿cuál toma usted para controlar su diabetes?																			
Compuesto	Nombre Comercial	Columna de apoyo 1 - SÍ 2 - NO	Frecuencia de consumo																
			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	<1	1-3	3-6	6-9	9-12	más de 12	NO SABE
Clorpropamida	Diabinese	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Tolbutamida	Rastinon	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glibenclamida	Daonil	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glibenclamida	Euglucon 5	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glibenclamida	Norglicen 5	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glibenclamida	Glucolon	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glibenclamida		<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Gliclacida	Diamicron	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glipizida	Minodiab	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glipizida	Glibinese	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Gliquidona	Glurenor	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glipentida	Staticum	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glimepirida	Amaryl	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Glimepirida	Roname	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Buformina*	Silubin	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Buformina*	Retard	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Metformina	Dianben 850**	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Acarbosa	Glucobay	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Acarbosa	Glumida	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Miglitol	Diastabol	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Miglitol	Plumarol	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Repaglinida	Novonorm	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Metformina + Clorpropamida	Mellitron	<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99
Otra		<input type="text"/>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	06	99

14 ÚNICAMENTE PARA QUE CONTESTEN OTRA
¿Dígame por favor el nombre de la pastilla que usted toma para controlar su diabetes?
15 GASTO EN LAS PASTILLAS
¿Cuánto gasta usted al mes en las pastillas para controlar su diabetes?

NOMBRE: _____
NO SABE 9
MONTO
NO SABE 9999

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

<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>17 INYECCIONES PARA LA DIABETES</p> <p>Actualmente, ¿usted se aplica inyecciones de insulina para controlar la diabetes?</p>
<p>18 TIPO DE INSULINA</p> <p>¿Qué tipo de insulina utiliza usted?</p>
<p>19 FRECUENCIA DE APLICACIÓN DE INSULINA</p> <p>¿Cuántas veces al día se la aplica o inyecta?</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>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>22 ÚLTIMA VISITA AL NUTRIÓLOGO</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que acudió al nutriólogo o dietista?</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>

SÍ 1

NO 2

SÍ 1

→ CUANTO GASTA AL MES | | | | |

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

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

<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>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>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>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>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>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>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>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>Sí 1</p> <p>NO 2</p> <p>NORECUERDA 3</p>

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

<p>32 UTILIDAD DE CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO</p> <p>¿Sabe usted la utilidad que tiene el conocer como es su padecimiento?</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>34 CONOCIMIENTO DE SU PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Sabe usted si tiene la presión arterial alta?</p>
<p>35 TOMA MEDICAMENTO PARA SU PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Toma medicamento para controlar su presión alta?</p>
<p>36 FRECUENCIA DEL MEDICAMENTO</p> <p>¿Hace cuánto tiempo que toma los medicamentos?</p>
<p>37 ÚLTIMA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que se midió (tomó) su presión arterial?</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

Diastólica

NO SABE 9

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

39 ÚLTIMA PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE

¿Su última prueba de azúcar en la sangre fue:

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



PASE
A 41

40 MOTIVO DE NO CONTROL

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

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

41 ÚLTIMA PRUEBA DE GLUCOSA EN ORINA

¿Su última prueba de azúcar en la orina fue:

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

42 REVISAR PERSONALMENTE SU NIVEL DE AZÚCAR

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

- SÍ 1 → VECES ... | | |
 NO 2

43 ACUDIÓ AL HOSPITAL

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

- SÍ 1 → VECES ... | | |
 NO 2
 NO RECUERDA 3

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TIENEN UN NÚMERO DEL 5 AL 10, ELIGA EL QUE MEJOR DESCRIBA SU RESPUESTA
44 TRATAMIENTO ACTUAL
¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?
45 NÍVELES DE AZÚCAR ELEVADOS
El último mes, ¿qué tan a menudo ha sentido que sus niveles de azúcar han estado muy elevados?
46 NÍVELES DE AZÚCAR BAJOS
El último mes, ¿qué tan a menudo ha sentido que sus niveles de azúcar han estado muy bajos?
47 CONVENIENCIA DEL TRATAMIENTO
El último mes, ¿qué tan conveniente ha sentido su tratamiento para la diabetes?
48 FLEXIBILIDAD DEL TRATAMIENTO
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
¿Qué tan satisfecho está con el conocimiento que tiene acerca de su diabetes?
50 RECOMENDACIÓN DEL TRATAMIENTO
¿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
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?
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?

Muy insatisfecho 5 6 7 8 9 10 *Muy satisfecho*

Ninguna vez 5 6 7 8 9 10 *La mayor parte del tiempo*

ninguna vez 5 6 7 8 9 10 *La mayor parte del tiempo*

Muy inconveniente 5 6 7 8 9 10 *Muy conveniente*

Muy inflexible 5 6 7 8 9 10 *Muy flexible*

Muy insatisfecho 5 6 7 8 9 10 *Muy satisfecho*

No, definitivamente no recomendaría el tratamiento 5 6 7 8 9 10 *Si, definitivamente recomendaría el tratamiento*

Muy insatisfecho 5 6 7 8 9 10 *Muy satisfecho*

SÍ 1 → NIVEL | | | |

NO 2

NO SABE 9

SÍ 1

NO 2 →

PASE
A 55

DIABETES Y PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

54 ASISTENCIA RECIENTE A PLÁTICAS

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

- 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

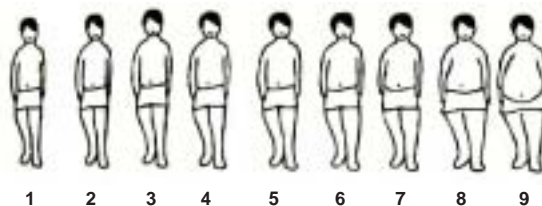
PERCEPCIÓN DEL ENTREVISTADO |

ANOTE EL NÚMERO DE LA
FIGURA QUE PERCIBA USTED
COMO ENTREVISTADOR

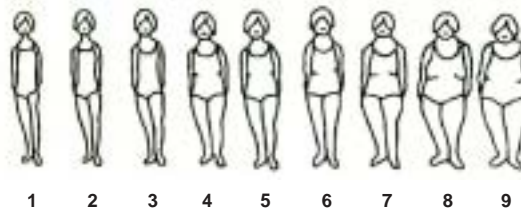
PERCEPCIÓN DEL ENTREVISTADOR |

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

RECUADRO DE CONTROL

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