

# California Hired Farm Worker Health Survey

**A Project of the California Institute for Rural Studies  
Supported by a grant from The California Endowment**

## Códigos para la Tabla de Casa

### Códigos para A2:

01=Esposo/Esposa  
 02=Hijo/Hija  
 03=Hermano/Hermana  
 04=Padre/Madre  
 05=Nieto/Nieta  
 06=Otro pariente(primo/a, tío/a, sobrino/a, etc.)  
 07=Otro [*Explique*]  
 DK=No Sabe  
 NA=Sin respuesta

### (Códigos para el país) A4, A7, y A10:

01=E.U.A.  
 02=México\* [*Anote los dos, México y el estado apropiado*]  
 03=Centro América  
 04=Sudamérica  
 05=Puerto Rico  
 06=Asia  
 07=Otro [*Explique*]  
 DK=No Sabe  
 NA=Sin respuesta

\*Estados de México  
 01=Aguascalientes  
 02=Baja California Norte  
 03=Baja California Sur  
 04=Campeche  
 05=Chiapas  
 06=Chihuahua  
 07=Coahuila  
 08=Colima  
 09=Distrito Federal  
 10=Durango  
 11=Guanajuato  
 12=Guerrero  
 13=Hidalgo  
 14=Jalisco  
 15=México  
 16=Michoacán  
 17=Morelos  
 18=Nayarit  
 19=Nuevo León  
 20=Oaxaca  
 21=Puebla  
 22=Querétaro  
 23=Quintana Roo  
 24=San Luis Potosí  
 25=Sinaloa  
 26=Sonora  
 27=Tabasco  
 28=Tamaulipas  
 29=Tlaxcala  
 30=Veracruz  
 31=Yucatán  
 32=Zacatecas

01=No formal schooling  
 02=Nursery School  
 03=Kindergarten  
 04=1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, or 3<sup>rd</sup> grade  
 05=4<sup>th</sup>, 5<sup>th</sup>, or 6<sup>th</sup> grade  
 06=7<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup>, or 9<sup>th</sup> grade  
 07=10<sup>th</sup> grade or 11<sup>th</sup> grade  
 08=12<sup>th</sup> grade, No Diploma  
 09=High school graduate  
 10=High school diploma or equivalent  
 11=Some college but no degree  
 12=Associate's degree in college - Occupational Program  
 13=Associate's degree in College - Academic Program  
 14=Bachelor's Degree  
 15=Master's degree, professional degree, or doctorate degree  
 DK=Doesn't know  
 NA=Not answered

### (Códigos para Educación) A9:

01=Sin educación formal  
 02=Escuela Preescolar  
 03=Jardín Infantil  
 04=Escuela Primaria, grados 1, 2, o 3  
 05=Escuela Primaria, grados 4, 5, o 6  
 06=Escuela Secundaria, grados 7 o 8 o 9  
 07=Escuela Preparatoria, grados 1 o 2  
 08=Escuela Preparatoria, grado 3, sin Diploma  
 09= Graduado de Escuela Preparatoria  
 10= Diploma de Escuela Preparatoria o equivalente  
 11= Estudios parciales en la universidad  
 12= Título de Associate—programa ocupacional  
 13= Título de Associate—programa académico  
 14= Bachillerato, Título de una universidad de cuatro años  
 15=Título de Maestría, Profesional, o Doctorado.  
 DK=No Sabe  
 NA=Sin respuesta

### (Códigos para Educación) A11 y A12:

01=Sin educación  
 02=Cursos de Inglés  
 03=Cursos de Ciudadanía  
 04=Cursos de capacidad de leer y escribir  
 05=Entrenamiento Ocupacional  
 06=Escuela Preescolar  
 07=Jardín Infantil  
 08=Escuela Primaria  
 09=Escuela Secundaria  
 10=Escuela Preparatoria  
 11=Cumplimiento de GED  
 12=Cursos universitarios  
 13=Educación básica para adultos  
 14=Educación inmigrante  
 15=Otro [*Explique*]  
 DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**Sección A) Información de la Familia**

[Introducción del Entrevistador/a:] Nos gustaría saber alguna información sobre usted y su familia. Con respecto a la familia, es decir, los miembros de su familia que Ud. ayuda a mantener y los que ayudan a mantenerlo a Ud. Éstos incluyen a los parientes que no viven con Ud. ahora.

[Entrevistador/a: Si no está claro quien es un miembro de la familia del entrevistado, entonces pregunte cuáles personas reciben el 50% o más de su mantenimiento de la familia del entrevistado.]

**Tabla de Casa**

A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A1
Nombre y Miembro de La Familia #	R el a c i ó n	S e x o	¿Vive con usted ahora? Si no, ¿dónde?	Estado Civil	Edad/Fecha de nacimiento (Mes/Año)	País /Pueblo de nacimiento	Año que entró a los E.U.A.	Nivel de Educación	País donde fue educado/a	¿Asistió a escuela en los últimos 12 meses?	¿Asiste a escuela ahora?	Trabajo actual	¿Estuvo en algún trabajo del campo en los últimos 12 meses?
#1		M		S						Y	Y		
		F		C						N	N		
#2		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#3		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#4		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#5		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#6		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#7		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#8		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#9		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A
#10		M	Y	S						Y	Y	FW	Y
		F	N	O						N	N	NF	N
												NW	N/A

FW=Farm Work; NF=Non-Farm Work; NW=Not Working

[Entrevistador/a introducción:] Las siguientes preguntas se refieren a las otras personas que viven con Ud., pero que no son las familiares que mencionó anteriormente.

A15) Además de las personas que ya mencionó, ¿cuántas otras personas viven con Ud. ahora?

[Total]: \_\_\_\_\_

De estas personas_____ ¿Cuántas son. . . . .?	A16) # Hace FW	A17) # Hace NF	A18) # Hace NW
[Escribe el total abajo]			
a. Adultos: mayores de 18 años			
b. Niños(as): 17 años o menores			
c. No sé la edad			

## Sección B) Demográficos Personales

[Persona Seleccionada Unicamente]

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su antecedente personal.

B1) ¿A qué grupo/raza pertenece Ud.? [Lea las opciones. Marque sólo una.]

- Blanco  
 Negro o Afro-americano  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático o Islas del Pacífico  
 Otro [Explique]:

---

Sin Respuesta

B2) ¿Cómo se describe Ud.? [Lea las opciones. Marque sólo una.]

Mexicano [Si es sí, pregunte sobre estas tres opciones: a, b, c.]

a.  Mestizo

b.  Persona Indígena

c.  Otro: \_\_\_\_\_

Mexicano-Americano

Chicano

Puertorriqueño

Otro [Explique]: \_\_\_\_\_

Ni Hispano, Ni Latino, Ni Español

Sin Respuesta

B3) ¿En qué lugar considera que vive Ud. en forma permanente? [Escriba el país/estado, departamento o provincia, y pueblo o ciudad. Si no tiene hogar fijo, escriba "nada"]

---

B4b) ¿Cuál fue el primer año que Ud. vivió en esta localidad por más de un mes?

Año: \_\_\_\_\_

No Sabe

Sin Respuesta

B7) ¿Qué idiomas habla Ud. en su casa además de español? [Lea la lista. Marque las que correspondan.]

Inglés

Mixteco

Oaxaqueño Indígena

Otro [Escriba un idioma:]

---

No

Sin Respuesta

B8) ¿Lee Ud. bien el español?

Nada

Un poco/no bien

Algo/Mas o Menos

Bien

Perfecto

Sin Respuesta

B9) ¿Habla Ud. bien el inglés?

Nada

Un poco/no bien

Algo/Mas o Menos

Bien

Perfecto

Sin Respuesta

B10) ¿Lee Ud. bien el inglés?

Nada

Un poco/no bien

Algo/Mas o Menos

Bien

Perfecto

Sin Respuesta

**Sección I) El Uso de los Servicios de Salud**

[Entrevistador/a: pregunte sólo sobre los familiares de la tabla de casa que viven en California con el participante actualmente.]

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su uso y el uso de los miembros de su familia de los servicios médicos.

**Tabla de Uso de los Servicios de Salud**

I1	I2	I3	I4	I5	I6
# del Miembro de la casa	¿Tiene aseguranza (de salud) Ud. o alguien en su familia? <b>Si es sí</b> , ¿Qué tipo de seguro médico?	[Si contesta sí a I2, pregunte:] ¿Cuánto paga Ud. o la persona en su familia para este seguro médico?	¿Alguna vez se le ha negado a Ud. o a alguien en su familia atención médica? <b>Si es sí</b> , ¿Por qué?	¿Va a México para atención médica? <b>Si es sí</b> , ¿Adónde?	[Si contesta sí a I5.] ¿Por qué Ud. o alguien en su familia va a México para atención médica?
#1					
#2					
#3					
#4					
#5					
#6					
#7					
#8					
#9					
#10					

**Códigos para la Tabla de Uso de los Servicios de Salud**

**I2) Tipo de Aseguranza:**

- 01=Personal/Privado
- 02=Por el patrón
- 03=Medi-Cal/IEHP
- 04=Medicare/Medicaid
- 05=Healthy Families
- 06=MIA
- 07=CHDP
- 08=Otro [Explique]
- 09=Ninguno
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+
- DK=No Sabe
- NA=Sin Respuesta

**I4) Negado cuidado médico/Por qué:**

- 01=Falta de seguro médico
- 02=No pudo pagar
- 03= Larga espera

**I3) El costo del seguro médico para la persona:**

- 01=Gratis/Nada
- 02=\$1-\$50

- 04=La Gente en la clínica no habló mi idioma
- 05=La Gente de la clínica era muy poca amistosa
- 06=La Gente de la clínica no entendió mi problema
- 07=Estado Legal
- 08=Otro [Explique]
- 09=Nunca ha negado cuidado médico
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I5) Estado en México para Cuidado:**

- 01-32=See codes for tabla de la casa
- 33=No
- DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**I6) ¿Por qué va a México para cuidado médico:** [Marque toda la que corresponda]

- 01=Persona/Familia tiene seguro médico Mexicano
- 02=Persona se siente más cómoda
- 03=Servicio médico es más barato
- 04=La gente mexicana entiende mejor mis necesidades
- 05=Medicinas son más accesibles y baratas
- 06=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer preguntas sobre la última visita de Ud. y de los miembros de su familia al médico/clínica/centro de salud.

**Tabla de La Última Visita a la Clínica/Médico/Centro de Salud**

I7	I7a	I7b	I7h	I7i	I7c	I7d	I7e	I7f	I7g
# del miembro de la casa	La última consulta	¿Adónde fue para este servicio?	¿Cuánta distancia viajó para este servicio?	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	¿Cuál fue el motivo de la última consulta?	¿Cuánto le costó la consulta? (Cuánto pagó)	¿Cómo se pagó el servicio? [Marque toda que correspondan.]	¿Cómo llegó a la clínica/médico?	¿Alguna vez se enfermó o se lastimó y no fue a la clínica/médico? Si es sí, ¿Por qué no fue?
#1									
#2									
#3									
#4									
#5									
#6									
#7									
#8									
#9									
#10									

**Códigos para la última visita a Clínica/Centro de Salud/Doctor**

**I7a) La última consulta:**

- 01=0-5 meses
- 02=6-11 meses
- 03=1-2 años
- 04=2-5 años
- 05=5+ años
- 06=Nunca [Pase a I7g]
- DK=No sabe [Pase a I7g]
- NA=Sin respuesta [Pase a I7g]

**I7b) Lugar de Servicio:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A.
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I7c) Motivo para la última visita:**

- 01=Examen físico
- 02=Accidente/lastimadura [Explique]

- 03=Enfermedad [Explique]
- 04=Cirujía/operación [Explique]
- 05=Caída de dientes o muelas/caries dentales, empastes
- 06=Examen de rutina dental, limpieza
- 07=Examen prenatal
- 08=Ginecológico
- 09=Planificación familiar
- 10=Enfermedad Etnoespecífica
- 11=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I7d) Cuanto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000

- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+
- DK=No Sabe
- NA=Sin Respuesta

**I7e) Método de pago:**

- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo
- 07=Healthy Families
- 08=State Disability Insurance
- 09=MIA
- 10=CHDP
- 11=Other [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I7f) Transportación**

- 01=Coche/carro personal
- 02=Un "Raite" de un amigo/compañero
- 03=Autobus
- 04=Taxi
- 05=Un "Raite" del patrón
- 06=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I7g) Motivo(s) para no ir:**

- 01=Falta de Transportación
- 02=Falta de cuidado infantil
- 03=No habla inglés
- 04=No habla español
- 05=Falta de horas convenientes
- 06=Falta de dinero/seguro médico
- 07=Falta de tiempo libre
- 08=No había cita
- 09=Le atendió un conocido personal
- 10=Otro [Explique]
- 11=Nunca pasó
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer preguntas sobre la última visita de Ud. y de los miembros de su familia al dentista.

### Tabla de la Última Visita al Dentista

I8	I8a	I8b	I8h	I8i	I8c	I8d	I8e	I8f	I8g
# del miembro de la casa	La última consulta	¿Adónde fue para este servicio?	¿Cuánta distancia viajó para este servicio?	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	¿Cuál fue el motivo de la última visita?	¿Cuánto le costó la consulta? (Cuánto pagó)	¿Cómo se pagó este servicio? [Marque toda que correspondan.]	¿Cómo llegó al dentista?	¿Alguna vez se enfermó o se lastimó y no fue a al dentista? Si es sí, ¿Por qué no fue?
#1									
#2									
#3									
#4									
#5									
#6									
#7									
#8									
#9									
#10									

#### Códigos para la última visita al dentista

**I8a) La última consulta:**

- 01=0-5 meses
- 02=6-11 meses
- 03=1-2 años
- 04=2-5 años
- 05=5+ años
- 06=Nunca [Pase a I8g]
- DK=No sabe [Pase a I8g]
- NA=Sin respuesta [Pase a I8g]

**I8b) Lugar de Servicio:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A.
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I8c) Motivo para la última visita:**

- 02=Accidente/lastimadura [Explique]
- 03=Enfermedad [Explique]
- 04=Cirujía/operación
- 05=Caída de dientes o muelas/caries dentales/empastes
- 06=Examen de rutina dental/limpieza
- 11=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta
- 14=Embelllecimiento/frenos, coronas

**I8d) Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000

- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+
- DK=No Sabe
- NA=Sin Respuesta

**I8e) Método de pago:**

- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo
- 07=Healthy Families
- 08=State Disability Insurance
- 09=MIA
- 10=CHDP
- 11=Other [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I8f) Transportación**

- 01=Coche/carro personal

- 02=Un "Raite" de un amigo/compañero
- 03=Autobus
- 04=Taxi
- 05=Un "Raite" del patrón
- 06=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**I8g) Motivo(s) para no ir:**

- 01=Falta de Transportación
- 02=Falta de cuidado infantil
- 03=No habla inglés
- 04=No habla español
- 05=Falta de horas convenientes
- 06=Falta de dinero/seguro médico
- 07=Falta de tiempo libre
- 08=No había cita
- 09=Le atendió un conocido personal
- 10=Otro [Explique]
- 11=Nunca pasó
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer preguntas sobre la última visita que Ud. y los miembros de su familia tuvieron para un examen de los ojos.

### Tabla del Último Examen de los Ojos

I9	I9a	I9b	I9h	I9i	I9c	I9d	I9e	I9f	I9g
# del miembro de la casa	La última consulta	¿Adónde fue para esta atención médica?	¿Cuánta distancia viajó para este servicio?	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	¿Cuál fue el motivo de la última visita?	¿Cuánto le costó la consulta? (Cuánto pagó)	¿Cómo se pagó este servicio? [Marque toda que correspondan.]	¿Cómo llegó al examen de los ojos?	¿Alguna vez se enfermó o se lastimó y no fue? Si es sí, ¿Por qué no fue?
#1									
#2									
#3									
#4									
#5									
#6									
#7									
#8									
#9									
#10									

#### Códigos para el último examen de los ojos

**I9a) La última consulta:**

- 01=0-5 meses
- 02=6-11 meses
- 03=1-2 años
- 04=2-5 años
- 05=5+ años
- 06=Nunca [Pase a I9g]
- 07=No sabe [Pase a I9g]
- 08=Sin respuesta [Pase a I9g]

**I9b) Lugar de Servicio:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A.
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- 06=No sabe
- 07=Sin respuesta

**I9c) Motivo para la última visita:**

- 02=Accidente/lastimadura [Explique]

- 03=Enfermedad [Explique]
- 11=Otro [Explique]
- 12=No sabe
- 13=Sin respuesta
- 15=Examen rutina de los ojos
- 16=Irritaciones en los ojos
- 17=Anteojos/lentes de contacto

**I9d) Costo de la consulta**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+
- 12=No Sabe
- 13=Sin Respuesta

**I9e) Método de pago:**

- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo
- 07=Healthy Families
- 08=State Disability Insurance
- 09=MIA
- 10=CHDP
- 11=Other [Explique]
- 13=No sabe
- 14=Sin respuesta

**I9f) Transportación**

- 01=Coche/carro personal
- 02=Un "Raite" de un amigo/compañero
- 03=Autobus

- 04=Taxi
- 05=Un "Raite" del patrón
- 06=Otro [Explique]
- 07=No sabe
- 08=Sin respuesta

**I9g) Motivo(s) para no ir:**

- 01=Falta de Transportación
- 02=Falta de cuidado infantil
- 03=No habla inglés
- 04=No habla español
- 05=Falta de horas convenientes
- 06=Falta de dinero/seguro médico
- 07=Falta de tiempo libre
- 08=No había cita
- 09=Le atendió un conocido personal
- 10=Otro [Explique]
- 11=Nunca pasó
- 12=No sabe
- 13=Sin respuesta

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer preguntas sobre la última visita de Ud. y de los miembros de su familia al quiropráctico.

### Tabla de la Última Visita al Quiropráctico

I10	I10a	I10b	I10h	I10i	I10c	I10d	I10e	I10f	I10g
# del miembro de la casa	La última consulta	¿Adónde fue para este servicio?	¿Cuánta distancia viajó para este servicio?	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	¿Cuál fue el motivo de la última visita?	¿Cuánto le costó la consulta? (Cuánto pagó)	¿Cómo se pagó este servicio? [Marque toda que correspondan.]	¿Cómo llegó al quiropráctico?	¿Alguna vez se enfermó o se lastimó y no fue? Si es sí, ¿Por qué no fue?
#1									
#2									
#3									
#4									
#5									
#6									
#7									
#8									
#9									
#10									

#### Códigos para la última visita al quiropráctico

**I10a) La última visita:**

01=0-5 meses  
 02=6-11 meses  
 03=1-2 años  
 04=2-5 años  
 05=5+ años  
 06=Nunca [Pase a I10g]  
 DK=No sabe [Pase a I10g]  
 NA=Sin respuesta [Pase a I10g]

**I10b) Lugar de Servicio:**

01=Área local [Anote el nombre del lugar]  
 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]  
 03=Otro estado en E.U.A..  
 04=México  
 05=Otro [Explique]  
 DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**I10c) Motivo para la última visita:**

01=Examen físico  
 02=Accidente/lastimadura [Explique]  
 03=Enfermedad [Explique]  
 11=Otro [Explique]  
 DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**I10d) Cuánto pagó la persona:**

01=Gratis  
 02=\$1-\$50  
 03=\$51-100  
 04=\$101-\$200  
 05=\$201-\$500  
 06=\$501-\$1000  
 07=\$1,001-\$2,000  
 08=\$2,001-\$10,000  
 09=\$10,001-\$20,000  
 10=\$20,001-\$50,000  
 11=\$50,000+  
 DK=No Sabe  
 NA=Sin Respuesta

**I10e) Método de pago:**

01=Ahorros personales  
 02=Seguro médico personal  
 03=Seguro médico proveído por el patrón  
 04=Medi-Cal/IEHP  
 05=Medicare/Medicaid  
 06=Compensación de trabajo  
 07=Healthy Families  
 08=State Disability Insurance  
 09=MIA  
 10=CHDP  
 11=Other [Explique]  
 DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**I10f) Transportación**

01=Coche/carro personal  
 02=Un "Raite" de un amigo/compañero  
 03=Autobus  
 04=Taxi

05=Un "Raite" del patrón  
 06=Otro [Explique]  
 DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**I10g) Motivo(s) para no ir:**

01=Falta de Transportación  
 02=Falta de cuidado infantil  
 03=No habla inglés  
 04=No habla español  
 05=Falta de horas convenientes  
 06=Falta de dinero/seguro médico  
 07=Falta de tiempo libre  
 08=No había cita  
 09=Le atendió un conocido personal  
 10=Otro [Explique]  
 11=Nunca pasó  
 DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

## Sección J) Curaciones Tradicionales:

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su uso y el uso de su familia de las curaciones tradicionales y los remedios caseros.

**Tabla de Curanderos**

J1	J1a	J1b	J1c	J1d	J1e	J1f	J1g
# del miembro de la casa	¿Cuándo fue la última visita a un curandero?	¿Adónde fue para este tratamiento?	¿Qué clase de curandero le trató? [Lea la lista]	¿La causa del problema?	¿Tratamiento para el problema?	¿Cuánto le costó la consulta?	¿Por qué fue a alguien que sabe curar en vez de ir a un médico?
#1							
#2							
#3							
#4							
#5							
#6							
#7							
#8							
#9							
#10							

### Códigos para las curas tradicionales y curanderos

**J1a) La última visita:**

- 01=0-5 meses
- 02=6-11 meses
- 03=1-2 años
- 04=2-5 años
- 05=5+ años
- 06=Nunca [Pase a la próxima página]
- DK=No sabe [Pase a la próxima página]
- NA=Sin respuesta [Pase a la próxima página]

**J1b) Lugar de Servicio:**

- 01=Área Local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otro área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A.
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**J1c) Clase de Curandero:**

- 11=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta
- 18=Curandero
- 19=Espiritualista/Espiritista
- 20=Hierbero
- 21=Huesero/Componedor
- 22=Sobador

**J1d) Causa del problema:**

- 01=Exposición al frío y después calor y al revés
- 02=Mal de ojo
- 03=Comió comida desagradable
- 04=Otro [Explique]
- DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**J1e) ¿Tratamiento para el problema:**

- 01=Ritual de limpieza/limpia
- 02=Sudores
- 03=Hierbas [Especifique]
- 04=Farmaceuticas
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**J1f) Costo de la consulta:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$10
- 03=\$11-\$25
- 04=\$26-\$40
- 05=\$41-\$65
- 06=\$65-\$85

07=\$85-\$100

- 08=\$100+
- 09=Trueque
- 10=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**J1g) Motivo(s) para no visitar un médico o clínica:**

- 01=Algunas enfermedades no pueden tratar con medicina clínica
- 02=Más barato que medicina clínica
- 03=Trató con medicina clínica y no le sirvió
- 04=Alguien le aconsejó visitar un curandero
- 05=Prefiere remedios naturales
- 06=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

## Tabla de Remedios Caseros

J2	J2a	J2b	J2c	J2d
# del miembro de la casa	¿Cada cuando/Qué tan frecuente usa los remedios caseros?	¿Para qué usa los remedios caseros?	¿Qué tipos de remedios caseros usa?	¿Usa estos remedios en vez de ir a la clínica o médico? <b>Si es sí, ¿Por qué?</b>
#1				
#2				
#3				
#4				
#5				
#6				
#7				
#8				
#9				
#10				

### Códigos para las curas tradicionales y curanderos

**J2a) Cuánta frecuencia:**

- 01=diariamente
- 02=semanalmente
- 03=mensualmente
- 04=pocas veces cada año
- 05=Nunca usa
- DK=No sabe [*Pase a Sección K*]
- NA=Sin respuesta [*Pase a Sección K*]

**J2b) ¿Para qué usa los remedios caseros?:**

- 01=Exposición al frío y después calor o al revés
- 02=Mal de ojo
- 03=Comida desagradable
- 04=Fiebres
- 05=Dolores de cabeza
- 06=Tos/resfriados
- 07=Dolores de hueso o musculos
- 08=Otro [*Explique*]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**J2c) Tipos de remedios caseros:**

- 01=Ritual de limpieza
- 02=Sudores
- 03=Hierbas/Plantas [*Explique*]
- 04=Comidas/Alimentos/Infusions como tes
- 05=Masajes
- 06=Otro [*Explique*]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**J2d) Motivo(s) para usar estos remedios en vez de ir a la clínica/médico:**

- 01=Algunas enfermedades no pueden tratar con medicina clínica
- 02=Más barato que medicina clínica
- 03=Trató con medicina clínica y no le sirvió
- 05=Prefiere remedios naturales
- 06=Otro [*Explique*]
- 07=Nunca
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

## Sección K) Condiciones de la Salud

[Entrevistador/a: \*si el participante es una mujer y tiene hijos que viven con ella actualmente, pregunte sobre las condiciones de salud de ella y sus hijos. Si el participante es un hombre casado, un hombre soltero, y una mujer sin hijos, pregunte al entrevistado sobre sus condiciones de salud solamente.\*]

[Introducción del Entrevistador/a:] No se sabe bien las condiciones de salud de los trabajadores agrícolas. Por favor cuéntenos sobre las condiciones de salud que Ud. ha experimentado en los últimos 12 meses.

[Para cada condición de la salud, pregunte:] En los últimos 12 meses ha experimentado Ud. (\*o algunos de sus hijos\*) (\_\_\_\_\_)?

**SI ES SÍ** [Entonces, haga las otras preguntas relacionadas a esa condición de salud:]

**SI NO** [Proceda a la próxima condición de la salud, para cada condición, dental, respiratoria, etc.]

### K1) Dental:

# del miembro de la casa	K1) Problemas Dentales, como dolores de muelas, caídas de dientes, o encías dolorosas.	¿Cuál tipo de problema dental?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA						
2	Y N DK NA						
3	Y N DK NA						
4	Y N DK NA						
5	Y N DK NA						
6	Y N DK NA						

#### Problema Dental:

01=Dolores de la muelas  
02=Caídas de dientes  
03=Encías dolorosas  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

07=Curandero  
08=Farmacia con receta  
09=Medicina sin receta  
10=Hierbas  
11=Otro [Explique]  
12=Ningún tratamiento  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

#### Proveedor de Tratamiento:

01=Clínica  
02=Hospital  
03=Sala de emergencia  
04=Médico Privado  
05=Quiropráctico  
06=Dentista

#### Lugar de Cuidado:

01=Área local [Anote el nombre del lugar]  
02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]

03=Otro estado en E.U.A..  
04=México  
05=Otro [Explique]  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

#### Cuánto pagó la persona:

01=Gratis  
02=\$1-\$50  
03=\$51-100  
04=\$101-\$200  
05=\$201-\$500  
06=\$501-\$1000  
07=\$1,001-\$2,000

08=\$2,001-\$10,000  
09=\$10,001-\$20,000  
10=\$20,001-\$50,000  
11=\$50,000+  
DK=No Sabe  
NA=Sin Respuesta

#### Método de pago:

[Marque toda que corresponda.]  
01=Ahorros personales  
02=Seguro médico personal  
03=Seguro médico proveído por el patrón

04=Medi-Cal/IEHP  
05=Medicare/Medicaid  
06=Compensación de trabajo  
07=Healthy Families  
08=State Disability Insurance  
09=MIA  
10=CHDP  
11=Other [Explique]  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered

### K3) Respiratorio:

# del miembro de la casa	K3a) Tos crónica casi todos los días por lo menos 3 meses	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

# del miembro de la casa	K3c) Ronquido o silbido en el pecho	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

NA=No sabe

DK=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Respiratorio Continuación:**

# del miembro de la casa	K3e) arrojando flema casi todos los días, por lo menos 3 meses				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

**K4 Musculoesqueletal** [Entrevistador/a pregunte:] Ha experimentado Ud. (\*o algunos de sus hijos\*) dolores (\_\_\_\_\_) persistentes por más de una semana?

# del miembro de la casa	K4a) dolor de espalda [Muestre la lamina con los diagramas del cuerpo]				K4b) Parte de la espalda [use la lamina]		¿Lo tiene todavía?		¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA			Y	N	DK	NA			
2	Y	N	DK	NA			Y	N	DK	NA			
3	Y	N	DK	NA			Y	N	DK	NA			
4	Y	N	DK	NA			Y	N	DK	NA			
5	Y	N	DK	NA			Y	N	DK	NA			
6	Y	N	DK	NA			Y	N	DK	NA			

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Musculoesqueletal Continuación:** [Entrevistador/a pregunte:] Ha experimentado Ud. (\*o algunos de sus hijos\*) dolores (\_\_\_\_\_) persistentes por más de una semana?

# del miembro de la casa	K4e) Dolor de cuello				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

# del miembro de la casa	K4d) Dolor en las rodillas				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Musculoesqueletal Continuación:** [Entrevistador/a pregunte:] Ha experimentado Ud. (\*o algunos de sus hijos\*) dolores (\_\_\_\_\_) persistentes por más de una semana?

# del miembro de la casa	K4e) Dolor de los hombros				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

# del miembro de la casa	K4f) Dolor de las manos				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [*Explique*]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [*Anote el nombre del lugar*]
- 02=Otra área en California [*Anote el nombre del lugar*]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [*Explique*]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [*Marque toda que corresponda.*]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [*Explique*]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Musculoesqueletal Continuación:** [Entrevistador/a pregunte:] Ha experimentado Ud. (\*o algunos de sus hijos\*) dolores (\_\_\_\_\_) persistentes por más de una semana?

# del miembro de la casa	K4g) Dolor de los pies				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? <b>Si es sí,</b> ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

# del miembro de la casa	K4h) Otros dolores de los huesos o los músculos				K4i) ¿Dónde? [lamina]	¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? <b>Si es sí,</b> ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**K5) Gastrointestinal** [Entrevistador/a:] En los últimos 12 meses ha experimentado Ud. (\*o algunos de sus hijos\*) (\_\_\_\_)??

# del miembro de la casa	K5a) Diarrea por más de tres días seguidos	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

# del miembro de la casa	K5b) Dolor de estómago por lo menos tres veces en una semana	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explicar]

12=Ningún tratamiento

DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anotar el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anotar el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explicar]

DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000

10=\$20,001-\$50,000

11=\$50,000+  
DK=No Sabe  
NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
  - 02=Seguro médico personal
  - 03=Seguro médico proveído por el patrón

04=Medi-Cal/IEHP

- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo
- 07=Healthy Families
- 08=State Disability Insurance
- 09=MIA
- 10=CHDP
- 11=Other [Explicar]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Gastrointestinal Continuación:**

del miembro de la casa	K5c) Vómitos por lo menos tres veces en una semana	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**K6) Urinaria:**

# del miembro de la casa	K6a) Orinación dolorosa	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered

**K7) Ojo:**

# del miembro de la casa	K7b) Comezón en los ojos	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el tratamiento?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**K9) Oído:**

# del miembro de la casa	K9a) Dolores de oído	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [*Explique*]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [*Anote el nombre del lugar*]
- 02=Otra área en California [*Anote el nombre del lugar*]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [*Explique*]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [*Marque toda que corresponda.*]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [*Explique*]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Oído Continuación:**

# del miembro de la casa	K9b) Problemas de audición/oído	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**K11) Lastimaduras Traumáticas:**

# del miembro de la casa	K11a) Huesos quebrados	¿Todavía le afecta?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA				
2	Y N DK NA	Y N DK NA				
3	Y N DK NA	Y N DK NA				
4	Y N DK NA	Y N DK NA				
5	Y N DK NA	Y N DK NA				
6	Y N DK NA	Y N DK NA				

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [*Explique*]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [*Anote el nombre del lugar*]
- 02=Otra área en California [*Anote el nombre del lugar*]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [*Explique*]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [*Marque toda que corresponda.*]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [*Explique*]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Lastimaduras Traumáticas Continuación:**

# del miembro de la casa	K11b) Heridas/Cortadas				¿Cuántas lastimaduras de este tipo tuvo en los últimos 12 meses?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el tratamiento?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA					

**K12) Enfermedades Emocionales:**

# del miembro de la casa	K12a) Depresión/Deprimido (casi todos los días por lo menos 3 semanas o más.)				¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA		
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA		
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA		
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA		
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA		
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA		

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**K13) Enfermedades Etnoespecíficas:**

# del miembro de la casa	K13a) Sustos/Espantos	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

# del miembro de la casa	K13b) Empachos	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Enfermedades Etnoespecíficas Continuación:**

# del miembro de la casa	K13c) Aires	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

# del miembro de la casa	K13d) Mollera Caída	¿Lo tiene todavía?	¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y N DK NA	Y N DK NA					
2	Y N DK NA	Y N DK NA					
3	Y N DK NA	Y N DK NA					
4	Y N DK NA	Y N DK NA					
5	Y N DK NA	Y N DK NA					
6	Y N DK NA	Y N DK NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered

**Enfermedades Etnoespecíficas Continuación:**

# del miembro de la casa	K13e) Latido				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? <b>Si es sí,</b> ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

# del miembro de la casa	K13f) Mal de Ojo				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? <b>Si es sí,</b> ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Enfermedades Etnoespecíficas Continuación:**

# del miembro de la casa	K13g) Embrujado				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? <b>Si es sí,</b> ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

# del miembro de la casa	K12b) Corajes				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? <b>Si es sí,</b> ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [Explique]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [Anote el nombre del lugar]
- 02=Otra área en California [Anote el nombre del lugar]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [Explique]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [Marque toda que corresponda.]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability

Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [Explique]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

**Enfermedades Etnoespecíficas Continuación:**

# del miembro de la casa	K12c) Nervios				¿Lo tiene todavía?				¿Por cuánto tiempo tuvo o (ha tenido) este problema?	¿Tuvo tratamiento? Si es sí, ¿Quién le dio?	¿Adónde fue para el tratamiento?	¿Cuánto le costó el servicio?	¿Cómo se pagó este servicio?
1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					
6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA					

**Proveedor de Tratamiento:**

- 01=Clínica
- 02=Hospital
- 03=Sala de emergencia
- 04=Médico Privado
- 05=Quiropráctico
- 06=Dentista
- 07=Curandero
- 08=Farmacia con receta
- 09=Medicina sin receta
- 10=Hierbas
- 11=Otro [*Explique*]
- 12=Ningún tratamiento

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Lugar de Cuidado:**

- 01=Área local [*Anote el nombre del lugar*]
- 02=Otra área en California [*Anote el nombre del lugar*]
- 03=Otro estado en E.U.A..
- 04=México
- 05=Otro [*Explique*]
- DK=No sabe
- NA=Sin respuesta

**Cuánto pagó la persona:**

- 01=Gratis
- 02=\$1-\$50
- 03=\$51-100
- 04=\$101-\$200
- 05=\$201-\$500
- 06=\$501-\$1000
- 07=\$1,001-\$2,000
- 08=\$2,001-\$10,000
- 09=\$10,001-\$20,000
- 10=\$20,001-\$50,000
- 11=\$50,000+

DK=No Sabe

NA=Sin Respuesta

**Método de pago:**

- [*Marque toda que corresponda.*]
- 01=Ahorros personales
- 02=Seguro médico personal
- 03=Seguro médico proveído por el patrón
- 04=Medi-Cal/IEHP
- 05=Medicare/Medicaid
- 06=Compensación de trabajo

07=Healthy Families

08=State Disability Insurance

09=MIA

10=CHDP

11=Other [*Explique*]

DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Y=Yes; N=No; DK=Doesn't Know; NA=Not Answered**

## Sección L) Enfermedades Identificadas por un Médico

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer a Ud. algunas preguntas sobre enfermedades de los cuales hubiera tenido Ud. y que eran identificadas por un médico. Si no está claro, por favor dígame. Todas sus respuestas son confidenciales.

[Entrevistador/a: \*si el participante es una mujer y tiene hijos que viven con ella actualmente, pregunte sobre las condiciones de salud de ella y sus hijos. Si el participante es un hombre casado, un hombre soltero, y una mujer sin hijos, pregunte al entrevistado sobre sus condiciones de salud solamente.\*]

[Para cada enfermedad clínica, pregunte:] ¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene/tuvo (\_\_\_) (\*o sus hijos tienen/tuvieron\*) (\_\_\_\_)?

**SI ES SÍ** [Pregunte a la persona:] ¿Ud./esta persona tiene la enfermedad aún(\_\_\_\_)?

[Después pregunte a la persona:] ¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?

**SI NO** [Pase a la próxima enfermedad]

**SI ES SÍ** [Pregunte a la persona:] ¿Quién dio el tratamiento/cuidado?

### L1) Tuberculosis:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . (*o sus hijos tienen)				¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./su hijo tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado**  
01=Clínica local

02=Hospital local  
03=sala de emergencia  
04=Médico privado

05=Farmacia  
06=Tratamiento en país nativo  
07=Otro [Explique]:\_\_\_\_\_

DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

## L2) Cáncer:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?	¿Qué tipo de Cáncer?	¿Lo tiene todavía?	¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?	Proveedor del tratamiento
#1	Y N DK NA		Y N DK NA	Y N DK NA	
#2	Y N DK NA		Y N DK NA	Y N DK NA	
#3	Y N DK NA		Y N DK NA	Y N DK NA	
#4	Y N DK NA		Y N DK NA	Y N DK NA	
#5	Y N DK NA		Y N DK NA	Y N DK NA	
#6	Y N DK NA		Y N DK NA	Y N DK NA	

### Tipo de Cáncer

01=Céncos  
02=Prostata  
03=Piel  
04=Leukemia/Leucemia  
05=Pulmonar  
06=Cerebral

07=Enfermedad de Hodgkin

08=Cervical  
09=Ovarios  
10=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

### Proveedor del Tratamiento/Cuidado:

01=Clínica local  
02=Hospital local  
03=Sala de emergencia  
04=Médico privado  
05=Farmacia

06=Tratamiento en país nativo

07=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

## L3) Diabetes:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?	¿Lo tiene todavía?	¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?	Proveedor del tratamiento
#1	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#2	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#3	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#4	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#5	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#6	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	

## L4) Hipertensión arterial/Presión alta:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?	¿Lo tiene todavía?	¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?	Proveedor del tratamiento
#1	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#2	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#3	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#4	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#5	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	
#6	Y N DK NA	Y N DK NA	Y N DK NA	

### Proveedor del Tratamiento/Cuidado:

01=Clínica Local

02=Hospital Local  
03=Sala de Emergencia  
04=Médico Privado

05=Farmacia  
06=Tratamiento en país nativo  
07=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_

DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

### L5) Ataque cardíaco/del corazón:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

### L6) Anemia:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?				¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

### L7) Artritis/Reumatismo:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?				¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado:**  
01=Clínica local

02=Hospital local  
03=Sala de emergencia  
04=Médico privado

05=Farmacia  
06=Tratamiento en país nativo  
07=Otro[Explique]: \_\_\_\_\_

DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

**L8) Embolia:**

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . .?				¿Sufre los afectos todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

**L9) Asma:**

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . .?				¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado:**  
01=Clínica local

02=Hospital local  
03=Sala de emergencia  
04=Médico privado

05=Farmacia  
06=Tratamiento en país nativo  
07=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_

DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

**L10) Hepatitis:**

# de miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . .?				¿Qué tipo de Hepatitis?	¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

**Tipo de Hepatitis:**  
01=Hepatitis A  
02=Hepatitis B  
03=Hepatitis C  
04=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_

DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado:**

01=Clínica local  
02=Hospital local  
03=Sala de emergencia  
04=Médico privado  
05=Farmacia

06=Tratamiento en país nativo  
07=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

### L11) Alergias:

# de miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?				¿Qué tipo de Alergia?	¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

#### Tipo de Alergia:

01=Fiebre de valle  
 02=Hay Fever  
 03=Relacionada a comida  
 04=Relacionada a animal  
 05=Otro[*Explique*]:\_\_\_\_\_

DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado:**  
 01=Clínica local

02=Hospital local  
 03=Sala de emergencia  
 04=Médico privado  
 05=Farmacia  
 06=Tratamiento en país nativo  
 07=Otro[*Explique*]:\_\_\_\_\_

DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

### L12) Condiciones de la piel:

# de miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?				Qué tipo de condición de la piel?	¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

#### Condición de la piel:

01=Eczema  
 02=Urticaria  
 03=Psoriasis  
 04=Otro[*Explique*]:\_\_\_\_\_

DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado:**

01=Clínica local  
 02=Hospital local  
 03=Sala de emergencia  
 04=Médico privado  
 05=Farmacia

06=Tratamiento en país nativo  
 07=Otro[*Explique*]:\_\_\_\_\_

DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

### L13) Incapacidades de aprendizaje:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?				¿Qué tipo de incapacidad?	¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

#### Incapacidades de aprendizaje:

01=Atención deficiente  
 02=Dislexia  
 03=Hiperactividad/inquieto  
 04=Otra[*Explique*]: \_\_\_\_\_  
 DK=No sabe

NA=Sin respuesta

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado:**  
 01=Clínica local  
 02=Hospital local

03=Sala de emergencia  
 04=Médico privado  
 05=Farmacia  
 06=Tratamiento en país nativo  
 07=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_  
 DK=No sabe

NA=Sin respuesta

### L14) Enfermedades Neurológicas/Enfermedades relacionadas al sistema nervioso:

# del miembro de la casa	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tiene. . . o le ha dicho que alguien en su familia tiene. . . ?				¿Qué tipo de enfermedad neurológica?	¿Lo tiene todavía?				¿Recibió Ud./esta persona tratamiento/cuidado?				Proveedor del tratamiento
#1	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#2	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#3	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#4	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#5	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	
#6	Y	N	DK	NA		Y	N	DK	NA	Y	N	DK	NA	

#### Desordenes Neurológicas:

01=Palsy Cerebral  
 02=Ataques  
 03=Síndrome de Downs/Mongolismo  
 04=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_

DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta

**Proveedor del Tratamiento/Cuidado:**  
 01=Clínica local

02=Hospital local  
 03=Sala de emergencia  
 04=Médico privado  
 05=Farmacia  
 06=Tratamiento en país nativo  
 07=Otro[*Explique*]: \_\_\_\_\_

DK=No sabe  
 NA=Sin respuesta



**Sección C) Historia de Trabajo**

[Entrevistador/a: Pregunte al participante sobre su historia de trabajo en el último año. Documente los períodos de desempleo y los períodos fuera de los E.U.A. también. Empiece con el tiempo presente y después anote los períodos anteriores en orden.]

[Introducción del Entrevistador/a:] Nos gustaría saber alguna información sobre su historia durante los últimos 12 meses. Si no está claro, por favor dígame. Todas sus respuestas son confidenciales.

Documente sólo los últimos 12 meses desde (\_\_\_\_) 1998 hasta (\_\_\_\_)1999

C0	C1a	C2	C3	C4	C1		C6	C7	C8	C9	C10	C5	C11
Estado de Trabajo	Nombre de Empleador/ Patrón (Para FW y NF)	Clase de empleador /patrón	Producto/ Cultivo	Actividad/Tarea mientras FW, NF, o *NW	Fechas		FW y NF Días por semana	Ciudad	Condado	Estado/País	**FW y **NF ¿Por qué dejó su trabajo?	Beneficios de desempleo	¿Vivieron con Ud. su esposa y sus niños?
					Desde:	Hasta:							
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO											Niños
NW		PH											Todos
AB		NF										N	No
		DK											NA
		NA											Not App.
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO											Niños
NW		PH											Todos
AB		NF										N	No
		DK											NA
		NA											Not App.
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO											Niños
NW		PH											Todos
AB		NF										N	No
		DK											NA
		NA											Not App.
		Not App.											

FW=Farm Work; NF=Non-Farm Work; NW=Not Working; AB=Abroad

## Códigos para la Tabla de Trabajo

### Códigos para C2) Tipo de Empleador:

GR=Granjero/Ranchero  
CO=Contratista  
PS=Servicio de empaque  
PH=Fábrica de empaque  
NF=No relacionado al trabajo del campo  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

### Códigos para C3) Cultivo:

02=Tomates  
03=Naranjas  
05=Limonos  
15=Uvas  
17=Brócoli  
19=Lechuga  
20=Elote Dulce  
21=Melones  
22=Algodón  
23=Leche  
24=Duraznos  
28=Ajo  
29=Espárragos  
31=Manaznas  
32=Nectarinas  
50=Otro Cultivo[*Explique*]  
NA=Sin respuesta

### Códigos para C4) FW, NF, y \*NW

FW: Tarea agrícola  
01=Cosechando  
02=Deshierbando  
03=Podando  
04=Sembrando  
05=Cargando  
06=Empacando  
07=Sorteando  
08=Conduciendo una maquina  
09=Conduciendo un tractor  
10=Regando  
11=Rociando  
12=Haciendo señales con bandera

13=Dirigiendo otros trabajadores  
14=Pescadito  
15=Desbuchando  
16=Deshojando  
17=Otra tarea [*Explique*]  
NA=Sin respuesta

### NF: Tarea no agrícola

01=Construcción  
02=Jardinero  
03=Cocinando/trabajando en un restaurante  
04=Cuidando a niños  
05=Otro trabajo [*Explique*]  
NA=Sin Respuesta

### \*NW: Sin Trabajo

01=Buscando trabajo en general  
02=Buscando trabajo del campo  
03=Buscando trabajo de la otra clase  
04=Esperando llamada para volver  
05=Esperando el comienzo de la estación  
06=Responsabilidades familiares/Trabajo en casa  
07=Escuela  
08=A causa de lastimadura/enfermedad  
09=En tránsito entre trabajos  
10=Vacaciones  
12=Otro motivo [*Explique*]  
NA= Sin respuesta

### Códigos para \*\*C10) Por qué dejó el trabajo:

01=Fin de estación/despido temporalmente  
02=Despido permanentemente  
03=Responsabilidades Familiares  
04=Escuela  
05=Trasladó  
06=Motivo de Salud  
07=Vacaciones  
08=Retiró  
09=Dejó el trabajo  
10=Cambió trabajos  
11=Otro motivo [*Explique*]  
NA=Sin respuesta

### Sección C) Historia de Trabajo Continuación

Documento sólo los últimos 12 meses desde (\_\_\_\_) 1998 hasta (\_\_\_\_)1999

C0 Estado de Trabajo	C1a Nombre de Empleador/ Patrón (Para FW y NF)	C2 Clase de empleador /patrón	C3 Producto/ Cultivo	C4 Actividad/Tarea mientras FW, NF, o *NW	C1 Fechas		FW y NF Días por semana	C6 Ciudad	C7 Condado	C8 Estado/País	C9 **FW y **NF ¿Por qué dejó su trabajo?	C10 Beneficios de desempleo	C5 C11 ¿Vivieron con Ud. su esposa y sus niños?
					Desde:	Hasta:							
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO										N	Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO										N	Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO										N	Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO										N	Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											

FW=Farm Work; NF=Non-Farm Work; NW=Not Working; AB=Abroad

## Códigos para la Tabla de Trabajo

### Códigos para C2) Tipo de Empleador:

GR=Granjero/Ranchero  
CO=Contratista  
PS=Servicio de empaque  
PH=Fábrica de empaque  
NF=No relacionado al trabajo del campo  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

### Códigos para C3) Cultivo:

02=Tomates  
03=Naranjas  
05=Limones  
15=Uvas  
17=Brócoli  
19=Lechuga  
20=Elote Dulce  
21=Melones  
22=Algodón  
23=Leche  
24=Duraznos  
28=Ajo  
29=Espárragos  
31=Manaznas  
32=Nectarinas  
50=Otro Cultivo[*Explique*]  
NA=Sin respuesta

### Códigos para C4) FW, NF, y \*NW

FW: Tarea agrícola  
01=Cosechando  
02=Deshierbando  
03=Podando  
04=Sembrando  
05=Cargando  
06=Empacando  
07=Sorteando  
08=Conduciendo una maquina  
09=Conduciendo un tractor  
10=Regando  
11=Rociando  
12=Haciendo señales con bandera

13=Dirigiendo otros trabajadores  
14=Pescadito  
15=Desbuchando  
16=Deshojando  
17=Otra tarea [*Explique*]  
NA=Sin respuesta

### NF: Tarea no agrícola

01=Construcción  
02=Jardinero  
03=Cocinando/trabajando en un restaurante  
04=Cuidando a niños  
05=Otro trabajo [*Explique*]  
NA=Sin Respuesta

### \*NW: Sin Trabajo

01=Buscando trabajo en general  
02= Buscando trabajo del campo  
03=Buscando trabajo de la otra clase  
04=Esperando llamada para volver  
05=Esperando el comienzo de la estación  
06=Responsabilidades familiares/Trabajo en casa  
07=Escuela  
08=A causa de lastimadura/enfermedad  
09=En tránsito entre trabajos  
10=Vacaciones  
12=Otro motivo [*Explique*]  
NA= Sin respuesta

### Códigos para \*\*C10) Por qué dejó el trabajo:

01=Fin de estación/despido temporalmente  
02=Despido permanentemente  
03=Responsabilidades Familiares  
04=Escuela  
05=Trasladó  
06=Motivo de Salud  
07=Vacaciones  
08=Retiró  
09=Dejó el trabajo  
10=Cambió trabajos  
11=Otro motivo [*Explique*]  
NA=Sin respuesta

Documento sólo los últimos 12 meses desde (\_\_\_\_) 1998 hasta (\_\_\_\_)1999

C0	C1a	C2	C3	C4	C1		C6	C7	C8	C9	C10	C5	C11
Estado de Trabajo	Nombre de Empleador/ Patrón (Para FW y NF)	Clase de empleador /patrón	Producto/ Cultivo	Actividad/Tarea mientras FW, NF, o *NW	Fechas		FW y NF Días por semana	Ciudad	Condado	Estado/País	**FW y **NF ¿Por qué dejó su trabajo?	Beneficios de desempleo	¿Vivieron con Ud. su esposa y sus niños?
					Desde:	Hasta:							
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO											Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO											Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO											Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											
FW		GR										Y	Esposo/a
NF		CO											Niños
NW		PS											Todos
AB		PH											No
		NF											NA
		DK											Not App.
		NA											
		Not App.											

FW=Farm Work; NF=Non-Farm Work; NW=Not Working; AB=Abroad

## Códigos para la Tabla de Trabajo

### Códigos para C2) Tipo de Empleador:

GR=Granjero/Ranchero  
CO=Contratista  
PS=Servicio de empaque  
PH=Fábrica de empaque  
NF= No relacionado al trabajo del campo  
DK=No sabe  
NA=Sin respuesta

### Códigos para C3) Cultivo:

02=Tomates  
03=Naranjas  
05=Limonos  
15=Uvas  
17=Brócoli  
19=Lechuga  
20=Elote Dulce  
21=Melones  
22=Algodón  
23=Leche  
24=Duraznos  
28=Ajo  
29=Espárragos  
31=Manaznas  
32=Nectarinas  
50=Otro Cultivo[*Explique*]  
NA=Sin respuesta

### Códigos para C4) FW, NF, y \*NW

FW: Tarea agrícola  
01=Cosechando  
02=Deshierbando  
03=Podando  
04=Sembrando  
05=Cargando  
06=Empacando  
07=Sorteando  
08=Conduciendo una maquina  
09=Conduciendo un tractor  
10=Regando  
11=Rociando  
12=Haciendo señales con bandera

13=Dirigiendo otros trabajadores  
14=Pescadito  
15=Desbuchando  
16=Deshojando  
17=Otra tarea [*Explique*]  
NA=Sin respuesta

### NF: Tarea no agrícola

01=Construcción  
02=Jardinero  
03=Cocinando/trabajando en un restaurante  
04=Cuidando a niños  
05=Otro trabajo [*Explique*]  
NA=Sin Respuesta

### \*NW: Sin Trabajo

01=Buscando trabajo en general  
02= Buscando trabajo del campo  
03=Buscando trabajo de la otra clase  
04=Esperando llamada para volver  
05=Esperando el comienzo de la estación  
06=Responsabilidades familiares/Trabajo en casa  
07=Escuela  
08=A causa de lastimadura/enfermedad  
09=En tránsito entre trabajos  
10=Vacaciones  
12=Otro motivo [*Explique*]  
NA= Sin respuesta

### Códigos para \*\*C10) Por qué dejó el trabajo:

01=Fin de estación/despido temporalmente  
02=Despido permanentemente  
03=Responsabilidades Familiares  
04=Escuela  
05=Trasladó  
06=Motivo de Salud  
07=Vacaciones  
08=Retiró  
09=Dejó el trabajo  
10=Cambió trabajos  
11=Otro motivo [*Explique*]  
NA=Sin respuesta

## Sección C) Historia de Trabajo Personal

[Entrevistador/a introducción:] Queremos saber cuál es la relación entre el trabajo del campo (fil) y la salud de la gente que hace este tipo de trabajo. Ahora, voy a hacer algunas preguntas sobre su historia de trabajo y específicamente sobre su trabajo presente o su último trabajo del campo (fil).

C13) En los E.U.A., ¿en qué año trabajó por primera vez en el campo?

- Año: \_\_\_\_\_  
 Sin respuesta

C14) Más o menos, ¿cuántos años ha trabajado en el campo (FW) en los E.U.A.? [Un año = cada año que la persona ha trabajado 15 días o más.]

- Número de Años: \_\_\_\_\_  
 Sin respuesta

**SI LA PERSONA SELECCIONADA NACIÓ FUERA LOS E.U.A.**

C15) Cuando vivía en su país fuera de los E.U.A., ¿qué tipo de trabajo hacía?

- Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Sin respuesta

C16) Para hacer trabajo en el campo en los E.U.A., ¿cruza Ud. la frontera diariamente, semanalmente, o mensualmente?

- Sí, diariamente  
 Sí, semanalmente  
 Sí, mensualmente  
 No  
 Sin respuesta

## Trabajo del Campo (fil) de ahora o Trabajo del Campo (fil) más reciente

[Entrevistador/a: Si la persona no trabaja en el campo ahora, pregunte sobre su último trabajo del campo.]

C19) ¿A qué hora empieza Ud. a trabajar por lo regular?

- Hora: \_\_\_\_\_  
 No sabe  
 Sin respuesta

C20) ¿A qué hora sale Ud. del trabajo por lo regular?

- Hora: \_\_\_\_\_  
 No sabe  
 Sin respuesta

C21) En su trabajo de ahora, ¿maneja o conduce Ud. una máquina o máquinas? [Lea las opciones. Marque las que correspondan.]

- Tractor  
 Camioneta  
 Camión  
 Banda corredora/la cinta de transporte  
 Máquina de cosechar/segadora  
 Un tractor y una rastra de discos  
 La sembradora  
 Cosechadora-trilladora/La combinada  
 Otra máquina [Explique]: \_\_\_\_\_  
 No  
 No sabe  
 Sin respuesta

C22) En su trabajo de ahora ¿usa Ud. herramientas? [Lea las opciones. Marque las que correspondan.]

- Las Tijeras
- El cuchillo de lechuga
- El cuchillo de podar
- Escalera
- El azadón
- El azadón con manga corta
- El rastrillo/la rastra
- La sierra de podar
- Las tijeras de podar con mangas largas
- Las palas
- Las horquillas
- Otras herramientas [Explique]: \_\_\_\_\_
- No [Pase a C26]
- No sabe [Pase a C26]
- Sin respuesta [Pase a C26]

C23) En su trabajo de ahora (FW) ¿quién le da a Ud. herramientas?

- El Granjero/Ranchero
- El Contratista
- El Mayordomo
- Otra persona [Explique]: \_\_\_\_\_
- Usted mismo [Pase a C26]
- No Sabe [Pase a C26]
- Sin Respuesta [Pase a C26]

C24) ¿Le cobran a Ud. esta persona por el uso de las herramientas?

- Sí
- No [Pase a C26]
- Solamente cuando haya daño a ellas [Pase a C26]
- No Sabe [Pase a C26]
- Sin Respuesta [Pase a C26]

**SI ES SÍ**

C25) ¿Cuánto le cobran a Ud. por las herramientas?

- Por día: \_\_\_\_\_
- Por semana: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

C26) En su trabajo de ahora, ¿qué transportación usa para ir al trabajo?

- Maneja un carro personal [Pase a C30]
- Se va caminando [Pase a C30]
- Viaja con otros/alguien le da un "raite" [Pase a C28]
- Usa transporte público, autobús o tren [Pase a C30]
- Usa autobús, camión, camioneta/van del patrón [Pase a C27]
- Usa una otra manera [Explique]: \_\_\_\_\_ [Pase a C30]
- No Sabe [Pase a C30]
- Sin Respuesta [Pase a C30]

**SI USA BUS/CAMIÓN/VAN DEL PATRÓN**

C27) ¿Está obligado Ud. a usar el transporte de su patrón?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

C28) ¿Le paga Ud. al patrón/contratista/ raitero por sus viajes ("raites") al trabajo?

- Sí
- No [Pase a C30]
- No sabe [Pase a C30]
- Sin respuesta [Pase a C30]

**SI PAGA**

C29) ¿Cuánto paga para transportación por día o por semana?

- Por día: \_\_\_\_\_
- Por semana: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

## Ingresos de Su Trabajo de Campo de Ahora

[Introducción del Entrevistador/a:] Queremos saber alguna información sobre los ingresos de los trabajadores del campo y su acceso a servicios médicos. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus ingresos de su trabajo del campo de ahora.

C30) En su último pago, antes de las deducciones, ¿cuánto recibió Ud. “en bruto/ completo”?

- Cantidad: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

C31) En su último pago, después de deducciones, ¿cuánto recibió en total/en completo?

- Cantidad: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

C32) ¿Qué período de tiempo cubría ese pago?

- Un día
- Una semana
- Dos semanas
- Un mes
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

C33) ¿Cómo le pagaron a Ud.? [Lea las opciones]

- Cheque Personal
- Cheque de la compañía
- En efectivo y cheque
- Otro cheque
- Al contado/efectivo
- A cambio de servicios
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

C34) ¿Cuántas horas trabajó durante ese período?

- de 10 a 20
- de 20 a 30
- de 30 a 40
- de 40 a 50
- de 50 a 60
- Más de 60
- No sabe
- Sin respuesta

C35) ¿Cómo le pagan a Ud.?

- Por hora [Pase a C36]
- Por contrato/pieza/unidad [Pase a C37]
- Combinación de horas y contrato [Pase a C38]
- A sueldo [Pase a C39]
- Otro [explique]: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ [Pase a C41a]

- No sabe [Pase a C41a]
- Sin respuesta [Pase a C41a]

### SI POR HORA

C36) ¿Cuántos dólares por hora?

- Cantidad: \_\_\_\_\_ [Pase a C41a]
- No sabe [Pase a C41a]
- Sin respuesta [Pase a C41a]

### SI POR UNIDAD

C37a) Le pagan a Ud. individualmente, o por cuadrilla o grupo?

- Individual [Pase a C37]
- Cuadrilla o grupo
- No sabe [Pase a C37]
- Sin respuesta [Pase a C37]

C37b) ¿Cuántos son en su cuadrilla? [Uno no es una respuesta aceptable.]

- Cantidad: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

C37) ¿Cuánto le pagan por promedio a Ud. o a su cuadrilla por cada pieza?

- Cantidad: \_\_\_\_\_ [Pase a C40]
- No sabe [Pase a C41a]
- Sin respuesta [Pase a C41a]

C40) ¿Cuál es el promedio de piezas que Ud. o su cuadrilla hace por día?

- Promedio: \_\_\_\_\_ [Pase a C41a]
- No sabe [Pase a C41a]
- Sin respuesta [Pase a C41a]

### SI POR COMBINACIÓN

C38) Por favor, explique cómo le pagan a Ud..

- Por hora: \_\_\_\_\_ Por unidad: \_\_\_\_\_ [Pase a C41a]
- No sabe [Pase a C41a]
- Sin respuesta [Pase a C41a]

### SI POR SUELDO

C39) ¿Cuánto es su sueldo?

- Sueldo: \_\_\_\_\_ [Pase a C41a]
- No sabe [Pase a C41a]
- Sin respuesta [Pase a C41a]

C41a) Si Ud. se accidenta o enferma **en el trabajo**, ¿recibe Ud. algún pago mientras se recupera, por ejemplo “compensación” para una lastimadura o enfermedad que ocurrió mientras estaba trabajando?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

C41) ¿En su trabajo del campo de ahora (o en su último trabajo del campo) le ofrece su patrón seguro médico?

- Sí
- No [Pase a C47]
- No sabe [Pase a C47]
- Sin respuesta [Pase a C47]

### SI ES SÍ

C42) ¿Tiene Ud. o usa este seguro médico?

- Sí [Pase a C44]
- No
- No sabe [Pase a C44]
- Sin respuesta [Pase a C44]

### SI NO

C43) ¿Por qué no lo tiene o no lo usa?

- Motivo[Explique]:
- 
- 
- 

- No sabe
- Sin respuesta

C44) ¿Cuánto le cuesta/costarí a Ud. este seguro médico?

- Costo: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

C45) Este seguro médico que le ofrece su patrón, ¿es para el trabajador solamente o el trabajador y su familia?

- El trabajador sólo
- El trabajador y su familia
- No sabe
- Sin respuesta

C47) ¿Cuál es la distancia entre donde Ud. trabaja en el campo (fil) y el lugar donde vive actualmente?

- Distancia: \_\_\_\_\_
- Nada, la persona vive donde trabaja.
- No sabe
- Sin respuesta

C48) ¿Cuánto tiempo le toma a Ud. para ir a su trabajo en el campo (fil) desde el lugar donde vive actualmente?

- Tiempo: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

## Sección H) Ingresos y Condiciones de Vivienda

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de sus ingresos y sus condiciones de vivienda.

H1) ¿Cuánto fue su ingreso total de Ud. en dólares el año pasado?

- Menos de \$1,000
- 1,000 a 2,499
- 2,500 a 4,999
- 5,000 a 7,499
- 7,500 a 9,999
- 10,000 a 12,499
- 12,500 a 14,999
- 15,000 a 17,499
- 17,500 a 19,999
- 20,000 a 24,999
- 25,000 a 29,999
- 30,000 a 34,999
- Más de 35,000
- No sabe
- Sin respuesta

H2) ¿Qué porción de esos ingresos de Ud. fue sólo de su trabajo del campo (fil) en los E.U.A.?

- Menos de \$1,000
- 1,000 a 2,499
- 2,500 a 4,999
- 5,000 a 7,499
- 7,500 a 9,999
- 10,000 a 12,499
- 12,500 a 14,999
- 15,000 a 17,499
- 17,500 a 19,999
- 20,000 a 24,999
- 25,000 a 29,999
- 30,000 a 34,999
- Más de 35,000
- No sabe
- Sin respuesta

H3) ¿Cuánto fue el ingreso total de su familia, incluyendo suyo, el año pasado en dólares?

- Menos de \$1,000
- 1,000 a 2,499
- 2,500 a 4,999
- 5,000 a 7,499
- 7,500 a 9,999
- 10,000 a 12,499
- 12,500 a 14,999
- 15,000 a 17,499
- 17,500 a 19,999
- 20,000 a 24,999
- 25,000 a 29,999
- 30,000 a 34,999
- Más de 35,000
- No sabe
- Sin respuesta

H4) ¿Tuvo Ud. ingresos de algún otro tipo de empleo en los E.U.A. en el último año por ejemplo un trabajo en un restaurante, en la construcción, o en una enlatadora/ “canería”?

- Sí
- No [*Pase a H6*]
- No sabe [*Pase a H6*]
- Sin respuesta [*Pase a H6*]

**SI ES SÍ**

H5) ¿Cuánto fue su ingreso de ese otro empleo el año pasado?

- Menos de \$1,000
- 1,000 a 2,499
- 2,500 a 4,999
- 5,000 a 7,499
- 7,500 a 9,999
- 10,000 a 12,499
- 12,500 a 14,999
- 15,000 a 17,499
- 17,500 a 19,999
- 20,000 a 24,999
- 25,000 a 29,999
- 30,000 a 34,999
- 35,000 a 39,999
- Más de 40,000
- No sabe
- Sin respuesta

## Condiciones de Vivienda

H6) ¿Cuál de lo siguiente describe la vivienda en que vive Ud.?

[Lea las opciones y incluya todos los departamentos, trailers, aún si están desocupados]

- Un trailer/casa móvil
- Una casa de una familia individual/privada
- Una casa de una familia privada con una o más casas conectadas, (duplex, triplex)
- Un edificio con más de dos departamentos
- Un cuarto en un hotel/motel
- Una pieza /dormitorio/pensión
- Vehículo de acampar/RV
- Coche/carro
- Carpa/Tienda de campaña
- Otro [Explique]:

---

Sin respuesta

H7a) ¿Quién es el dueño de esta vivienda? [Lea las opciones]

- Ud. o alguien más de la casa que tiene un compromiso de pagos? [Pase a H8]
- Ud. o alguien más de la casa sin ningun compromiso de pagos a prestamo? [Pase a H9]
- Su patrón? [Pase a H9]
- Alguien más fuera de la casa? [Pase a H9]
- Ud. pero su patrón le renta el terreno? [Pase a H9]
- Ud. pero alguien más le renta el terreno? [Pase a H9]
- No sabe [Pase a H17]
- Sin respuesta [Pase a H17]

## SI TIENE UNA HIPOTECA O PRESTAMO

H8) ¿Cuál es su pago mensual?

- Menos de \$100
- \$100 a \$149
- \$150 a \$199
- \$200 a \$250
- \$250 a \$299
- \$300 a \$349
- \$350 a \$399
- \$400 a \$449
- \$450 a \$499
- \$500 a \$549
- \$550 a \$599
- \$600 a \$649
- \$650 a \$699
- \$700 a \$749
- \$750 or more
- No sabe
- Sin respuesta

[Pase a H17]

## SI LA PERSONA PAGA RENTA

H9) ¿Ud. paga renta diaria, semanal, o mensual?

- Diaria
- Semanal [Pase a H11]
- Mes [Pase a H12]
- No la vivienda es gratis [Pase a H14]
- No sabe [Pase a H13]
- Sin respuesta [Pase a H13]

## SI ES DIARIO

H10) ¿Cuánto es por día?

- Renta por día: \_\_\_\_\_
- No sabe, es deducido de mi cheque
- No sabe, pero no es deducido de mi cheque
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

[Pase a H13]

**SI ES SEMANAL**

H11) ¿Cuánto es por semana?

- Renta por semana: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

**SI ES MENSUAL**

H12) ¿Cuánto es por mes?

- Menos de \$100
- \$100 a \$149
- \$150 a \$199
- \$200 a \$250
- \$250 a \$299
- \$300 a \$349
- \$350 a \$399
- \$400 a \$449
- \$450 a \$499
- \$500 a \$549
- \$550 a \$599
- \$600 a \$649
- \$650 a \$699
- \$700 a \$749
- \$750 o más
- No sabe
- Sin respuesta

H13a) ¿Cuánto es la renta en total para esta vivienda, incluyendo la que Ud. paga (Cuánto pagan todos juntos)?

- Renta Total: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

H14) ¿Paga Ud. los servicios de luz, gas, agua aparte de la renta?

- Sí
- No [*Pase a H17*]

**SI ES SÍ**

H15) ¿Cuánto paga Ud. mensualmente por los servicios?

- Servicios: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

H16) ¿A quién paga Ud. los servicios?

- Al Dueño
- Directamente a la compañía
- A otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

H17) ¿Cuántos cuartos hay en esta vivienda? [*No cuente balcones, baños, medios cuartos, pasillos.*]

- Un cuarto
- Dos Cuartos
- Tres Cuartos
- Cuatro Cuartos
- Cinco Cuartos
- Seis Cuartos
- Siete Cuartos
- Ocho Cuartos
- Nueve Cuartos
- No sabe
- Sin respuesta

H18) ¿Cuántos cuartos se usan para dormir?

- [*Especifique la cantidad:*]  
\_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

H19) ¿Cuántas personas duermen en esta casa?

- [*Especifique la cantidad:*]  
\_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

H20) ¿Tiene Ud. un sistema completa de plomería como: 1) para agua fría y caliente 2) para agua corriendo y 3) para el baño/regadera?

- Sí, tiene las tres facilidades
- No
- No sabe
- Sin respuesta

H21) ¿Tiene Ud. servicios completos de la cocina como 1) un fregadero/"sink" con tubería de agua 2) una estufa y 3) un refrigerador?

- Sí, tiene las tres facilidades
- No
- No sabe
- Sin respuesta

H22) ¿Tiene Ud. un teléfono?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

### El Uso de Servicios Sociales

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su uso de los servicios sociales.

H23) En los últimos dos años, ¿alguien en su familia ha usado los servicios de alguno de los siguientes programas sociales? [Lea las opciones. Marque todas las que correspondan]

- TANF (Asistencia temporal para las familias necesitadas)
- Estampillas de alimentación/comida
- Seguro de incapacidad
- Seguro de desempleo
- Seguro social
- Salario veterano
- AFDC/Welfare
- Viviendas de bajos ingresos
- Clínica de la salud pública
- Medicaid/Medi-cal
- WIC
- Ayuda en casos de desastres
- Asistencia Legal
- CHDP
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- Ninguno
- No sabe
- Sin respuesta

H25) ¿Es el dueño Ud. o está Ud. comprando algunos de los siguientes bienes en los E.U.A. [Lea las opciones. Marque todas las que correspondan.]

- Terrenos
- Casa
- Casa móvil/Trailer
- Carro/Camioneta
- Empresa/negocio
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- Nada
- No sabe
- Sin respuesta

H26) ¿Es el dueño Ud. o está Ud. comprando algunos de los siguientes bienes en su país nativo? [Lea las opciones. Marque todas las que correspondan.]

- Terrenos
- Casa
- Casa móvil/Trailer
- Carro/Camioneta
- Empresa/negocio
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- Nada
- No sabe
- Sin respuesta



## Sección D) Equipo de Protección y Entrenamiento de Seguridad en el Trabajo

[Entrevistador Introducción:] Las preguntas siguientes son sobre el equipo de protección personal y entrenamiento de seguridad en el trabajo.

D1) En los últimos 12 meses, mientras trabajaba en el campo (FW), ¿ha usado Ud. alguno de estos equipos de protección? [Lea la lista. Muestre figuras. Marque las que correspondan.]

- Ninguno
- Guantes, tela/cuero o “piel”
- Guantes de hule delgado
- Guantes de hule grueso
- Manguilla
- Traje
- Botas
- Respirador
- Casco
- Las gafas/lentes de protección
- Máscara de papel/mascarilla
- “Bandana”/pañuelo
- Sombrero/cacucha
- Delantal
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

### Instrucciones o Entrenamiento

D2) ¿Alguien le ha dado entrenamiento o instrucciones acerca de medidas de seguridad en el uso de pesticidas, a través de: cassettes, “vídeo”, clases, materiales escritos, “pláticas” informales o de cualquier otra manera?

- Sí
- No [Pase a D7]
- No sabe [Pase a D7]
- Sin respuesta [Pase a D7]

D3) ¿Cómo presentaron las instrucciones o entrenamiento? [Lea las opciones y marque las que correspondan.]

- Por vídeo
- Por cassettes
- Una clase/Presentación formal
- Información/materiales escritos
- “Plática” informal en el campo
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

D4) ¿Quién le dio esas instrucciones o entrenamiento? [Marque las que correspondan]

- Patrón/ranchero o su mayordomo/jefe de cuadrilla
- Contratista o su mayordomo
- Agencia de gobierno
- Compañía de aseguranza
- Sindicato/Unión
- “Centro”/organización de la comunidad
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

D5) ¿En qué idioma(s) le dieron esas instrucciones o entrenamiento? [Marque las que correspondan]

- español
- inglés
- Ambos español e inglés
- Otro idioma [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

[Leas las preguntas. Marque sólo una respuesta por pregunta.]

D6) En estas instrucciones/este entrenamiento ¿se habló de. . .

a. . .cuándo se puede entrar a un campo tratado con pesticidas?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

b. . .las enfermedades o daños que puedan causar los pesticidas?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

c. . .adónde ir o con quién comunicarse para recibir asistencia médica en caso de una emergencia?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

D7) ¿Alguna vez ha recibido alguna tarjeta de certificación de instrucciones o entrenamiento en el uso de pesticidas?

- Sí
- No [Pase a D9]
- No sabe [Pase a D9]
- Sin respuesta [Pase a D9]

**SI ES SÍ**

D8) ¿Cuándo recibió Ud. esa tarjeta?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes                      Año

D9) En los últimos 12 meses, mientras trabajaba en el campo (FW), ¿cómo sabe Ud. cuál es el tiempo debido para regresar a un campo que ha sido rociado por pesticidas? [Marque todas las que correspondan.]

- Quitan los carteles/avisos
- Otro trabajador me informa
- El patrón/mayordomo me informa
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

D11) En los últimos 12 meses, mientras trabajaba (FW), ¿algún supervisor le ha dicho que entre a un campo rociado de pesticidas antes del tiempo debido?

- Sí
- No [Pase a Sección E]
- No sabe [Pase a Sección E]
- Sin respuesta [Pase a Sección E]

**SI ES SÍ**

D12) ¿Se le dio a Ud. equipo de protección personal? [Lea la lista. Muestre las figuras. Marque todas las que correspondan.]

- Ninguno
- Guantes, tela/cuero o “piel”
- Guantes de hule delgado
- Guantes de hule grueso
- Manguilla
- Traje
- Botas
- Respirador
- Casco
- Las gafas/lentes de protección
- Máscara de papel/mascarilla
- “Bandana”/pañuelo
- Sombrero/cacucha
- Delantal
- Otro [Explique]:: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

## Sección E) Trabajo con Pesticidas en los E.U.A..

[Introducción del Entrevistador/a:] Las preguntas siguientes son acerca de trabajar con pesticidas. Si no está claro, por favor dígame. Recuerde sus respuestas son confidenciales.

E1) Trabajando en el campo (FW) en los E.U.A., ¿ha cargado, mezclado o aplicado pesticidas. . .

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

**SI CONTESTA NO, NO SABE O SIN  
RESPUESTA A LOS TRES, PASE A E6**

E2) La última vez que Ud. hizo ese trabajo ¿usaba alguno de los siguientes equipos de protección?

[Lea la lista. Muestre lamina. Marque las que correspondan.]

- Ninguno
- Guantes, tela/cuero o “piel”
- Guantes de hule delgado
- Guantes de hule grueso
- Manguilla
- Traje
- Botas
- Respirador
- Casco
- Las gafas/lentes de protección
- Máscara de papel/mascarilla
- “Bandana”/pañuelo
- Sombrero/cacucha
- Delantal
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

E3) Por causa de este trabajo, ¿se enfermó o tuvo alguna reacción?

- Sí
- No [Pase a E6]
- No sabe [Pase a E6]
- Sin respuesta [Pase a E6]

E4) ¿Qué reacciones tuvo? [Marque las que correspondan.]

- Piel
- Ojos
- Náusea/vómito
- Dolor de cabeza
- Entumecimiento/ “Hormigqueo”
- Deshidratación
- Mareos
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

E5) Por causa de este problema, ¿perdió, por lo menos, 4 horas de trabajo?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

E6) Aparte de lo que le pregunté de cargar, mezclar, o aplicar pesticidas, ¿ha tenido alguna vez en los últimos 12 meses contacto con pesticidas porque. . .

a. . . fue rociado o por causa del viento?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

b. . . fue derramado?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

c. ...limpiaba o arreglaba envases o aparatos para guardar o aplicar pesticidas?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

**SI CONTESTA NO, NO SABE, O SIN RESPUESTA A LOS TRES PASE A E10**

E7) Por causa de este incidente, ¿se enfermó o tuvo alguna reacción? [Marque el tipo de incidente de arriba que corresponda si la persona se enfermó.]

- Sí
  - incidente a
  - incidente b
  - incidente c
- No [Pase a E10]
- No sabe [Pase a E10]
- Sin respuesta [Pase a E10]

E8) ¿Qué reacciones tuvo?

- Piel
- Ojos
- Náusea/vómito
- Dolor de cabeza
- Entumecimiento/ "Hormigueo"
- Deshidratación
- Mareos
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

E9) Por causa de este problema, ¿perdió, por lo menos, 4 horas de trabajo?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin repuesta

**PREGUNTE E10 Y E11 SI LA PERSONA TRABAJA CON LA FRUTA**

E10) ¿Le piden a Ud. que pruebe la fruta antes de pisarla para saber si esta madura?

- Sí
- No [Pase a E16]
- No sabe [Pase a E16]
- Sin repuesta [Pase a E16]

E11) Cuando ha tenido que reempacar, ¿le piden a Ud. que pruebe la fruta para saber si esta madura?

- Sí
- No [Pase a E16]
- No sabe [Pase a E16]
- Sin repuesta [Pase a E16]

**SI ES SÍ A E10 O E11**

E12) ¿Quién le pide a Ud. probar la fruta antes de pisarla o reempacarla?

- El rancharo o su mayordomo
- El contratista o su mayordomo
- Otra persona [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

E13) ¿Por causa de este incidente, ¿se enfermó o tuvo alguna reacción? [Marque el tipo de incidente de arriba que corresponda si la persona se enfermó.]

- Sí
  - E10
  - E11
  - E10 y E11
- No [Pase a E16]
- No sabe [Pase a E16]
- Sin repuesta [Pase a E16]

**SI ES SÍ**

E14) ¿Qué reacciones tuvo Ud.?

- Piel
- Ojos
- Náusea/vómito
- Dolor de cabeza
- Entumecimiento/ "Hormigueo"
- Deshidratación
- Mareos
- Otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe [*Pase a E16*]
- Sin respuesta [*Pase a E16*]

E15) Por causa de estas reacciones, ¿perdió, por lo menos, 4 horas de trabajo?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin repuesta

E16) En los últimos 12 meses, mientras trabaja en el campo, ¿entró Ud. un fil que fue mojado con pesticidas?

- Sí
- No [*Pase a E18*]
- No sabe [*Pase a E18*]
- Sin repuesta [*Pase a E18*]

**SI ES SÍ**

E17) En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces entró Ud. un fil mojado con pesticidas?

- Cantidad: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

E18) En los últimos 12 meses, desde [*Mes*] 1998 hasta ahora, [*Mes*] 1999, ¿ha recibido Ud. asistencia médica de un doctor o una enfermera por causa de algún contacto con pesticidas?

- Sí  
Mes    Año
- a. ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- b. ¿Cultivo?: \_\_\_\_\_
- c. ¿Tarea?: \_\_\_\_\_
- d. ¿Qué problema de salud tuvo?
  - a. Piel
  - b. Ojos
  - c. Náusea/vómito
  - d. Dolor de cabeza
  - e. Entumecimiento/ "Hormigueo"
  - f. Deshidratación
  - g. Mareos
  - h. Otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
  - i. No sabe
  - j. Sin respuesta

- No
- No sabe
- Sin respuesta

## Sección F) Condiciones de Higiene

[Introducción del Entrevistador/a:] Las siguientes preguntas se refieren a las condiciones de higiene en su trabajo de ahora o su último trabajo (FW).

F1) ¿Su patrón de ahora pone agua potable para tomar y vasos desechables **Todos Los Días**?

- Sí, agua y vasos desechables
- Sí, sólo agua
- No, Ni agua, ni vasos [Pase a F4]
- No sabe [Pase a F4]
- Sin respuesta [Pase a F4]

### SI ES SÍ

F2) ¿Usted bebe el agua?

- Sí [Pase a F4]
- No
- No sabe [Pase a F4]
- Sin respuesta [Pase a F4]

### SI NO

F3) ¿Por qué no bebe el agua? [Si la respuesta es, “Yo traigo mi agua,” pregunte ¿por qué? Y escriba la respuesta en “Otro.”]

- Está muy lejos
- Está sucia
- Tiene mal sabor
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

F4) ¿ Su patrón de ahora pone baño/baños **Todo Los Días**?

- Sí
- No [Pase a F9]
- No sabe [Pase a F9]
- Sin respuesta [Pase a F9]

### SI ES SÍ

F5) ¿Usted lo usa?

- Sí [Pase a F7]
- No
- No sabe [Pase a F7]
- Sin respuesta [Pase a F7]

### SI NO

F6) ¿Por qué no lo usa?

- Está muy lejos
- Está muy sucio
- No me permiten
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

F7) ¿Cuántas veces por semana limpian el baño/los baños?

- Veces por semana [promedio]: \_\_\_\_\_
- Nunca
- No sabe
- Sin respuesta

F8) ¿ Su patrón de ahora pone papel higiénico/ “del baño” **Todos Los Días**?

- Sí
- Sí, pero insuficiente para el día
- No
- No sabe
- Sin respuesta

F9) ¿ Su patrón de ahora pone agua para lavarse las manos **Todos Los Días**?

- Sí
- No [Pase a F16]
- No sabe [Pase a F16]
- Sin respuesta [Pase a F16]

**SI ES SÍ**

F10) ¿Usted usa el agua para lavarse las manos?

- Sí [Pase a F12]
- No
- No sabe [Pase a F12]
- Sin respuesta [Pase a F12]

**SI NO**

F11) ¿Por qué no usa Ud. el agua para lavarse las manos?

- Muy lejos
- No le gusta
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

**SI ES SÍ**

F12) ¿Cuándo usa Ud. el agua para lavarse las manos? [Marque las que correspondan.]

- Antes de usar el baño
- Después de usar el baño
- Antes de comer
- Antes de fumar
- Antes de empezar el trabajo
- Antes de salir del trabajo
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

**PREGUNTE SOLAMENTE SI HAY BAÑOS Y UN LUGAR PARA LAVARSE LAS MANOS.**

**SI NO PASE A F16**

F13) ¿Esta cerca o lejos del baño el lugar para lavarse las manos?

- Cerca
- Lejos
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

F14) ¿ Su patrón de ahora pone jabón para lavarse las manos **Todos Los Días**?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

F15) ¿ Su patrón de ahora pone toallas para secarse las manos **Todos Los Días**?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

F16) Con su patrón de ahora, ¿ha tenido Ud. que hacer sus necesidades al aire libre alguna vez?

- Sí
- No [Pase a Sección G]
- No sabe [Pase a Sección G]
- Sin respuesta [Pase a Sección G]

**SI ES SÍ**

F17) ¿Por qué tuvo Ud. que hacer sus necesidades al aire libre?

- “El Baño” estaba muy lejos
- No había un baño
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta



G2) ¿Cuál fue el diagnóstico? [Lea la lista para ayudar a la persona.]

- Herida
- Moretón
- Amputación/Perdida de una parte del cuerpo
- Torsión/Ruptura de ligamentos
- Hueso roto/Fractura
- Dislocación
- Cortada/Laceración
- Quemado
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G3) ¿Qué tipo de objeto causó el accidente? [Lea la lista si es necesario.]

- Un cuchillo/una sierra
- Un tractor
- El suelo
- Una banda corredora
- Una escalera
- Un animal
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G4) ¿Cuáles partes del cuerpo fueron lesionadas? [Muestre la lámina, anote el código para cada parte del cuerpo lesionada.]

- Parte(s) del Cuerpo: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G5) ¿Qué tarea estaba haciendo Ud.?

- Cosechando
- Deshierbando
- Podando
- Sembrando
- Cargando
- Empacando
- Sorteando
- Conduciendo una maquina
- Conduciendo un tractor
- Regando
- Rociando
- Haciendo señales con bandera
- Dirigiendo otros trabajadores
- Pescadito
- Desbuchando
- Deshojando
- Otra tarea [Explique]: \_\_\_\_\_
- Sin respuesta

G6) ¿Es una parte de sus actividades típicas esta tarea?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G7) ¿En qué cosecha/cultivo estaba trabajando Ud.?

- Pepinos
- Tomates
- Naranjas
- Toronjas
- Limones
- Aguacates
- Mandarinas/Tangelos
- Champiñones/hongos
- Verduras Orientales
- Arboles ornamentales y Arbustos
- Césped y plantas terrestres
- Plantas decorativas interiores
- Flores Cortadas
- Hierbas
- Otra Cosecha [Explique]: \_\_\_\_\_
- Sin respuesta

G8) Antes de lastimarse Ud. ¿tenía Ud. mucha experiencia en lo que hacía con esta cosecha/producto?

- Sí con esta cosecha/producto
- No, nunca ha hecho esta tarea
- Sí, pero con otra cosecha/producto
- No sabe
- Sin respuesta

G9) ¿En qué fecha ocurrió esta lastimadura?

[Entrevistador/a: Si la persona no puede recordar la fecha exacta, anote por lo menos el mes y el año.]

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

- No sabe
- Sin respuesta

G10) ¿Esta lastimadura ocurrió: [Lea la lista]

- Mientras trabajaba Ud. en el campo?
- Mientras viajaba Ud. al trabajo?
- Mientras viajaba Ud. del trabajo a la casa?
- No sabe
- Sin respuesta

G11) ¿Recibió Ud. atención médica para la lastimadura?

- Sí
- No [Pase a G15]
- No sabe [Pase a G15]
- Sin respuesta [Pase a G15]

**SI ES SÍ**

G12) ¿A dónde fue Ud. para la atención médica?

- Clínica local
- Hospital local
- Sala de emergencia
- Médico privado
- Quiropráctico
- Curandero
- Farmacia
- No sabe
- Sin respuesta

G13) ¿Cómo llegó Ud. allí?

- Patrón
- Supervisor/Mayordomo
- Compañero del trabajo
- Alguien de la familia
- Amigo/Compadre/Comadre
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G14) ¿Cómo fue pagada la asistencia médica?

- Ahorros personales
- Seguro médico personal
- Seguro médico proveído por el patrón
- Medi-Cal/IEHP
- Medicare/Medicaid
- Compensación de trabajo
- Healthy Families
- State Disability Insurance
- MIA
- CHDP
- Other [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G15) ¿Ha llegado a ser esta lastimadura a una incapacidad?

Sí [Anote cómo:]

---

---

---

- No
- No sabe
- Sin respuesta

G16) ¿Tuvo Ud. alguna instrucción sobre cómo hacer la tarea en una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [*Completa el cuadro*]
- No
- No sabe
- Sin respuesta

Tema Principal:			
-----			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
-----			
¿Cuántas horas? ____			

[*Si la lastimadura involucró un vehículo, Siga Abajo, G17*]

[*Si la lastimadura involucró una máquina agrícola (aparte de vehículos): Pase a G23, Página 62.*]

[*Si la lastimadura involucró una herramienta de mano: Pase a G26, Página 62.*]

[*Si la lastimadura involucró un animal: Pase a G29, Página 63.*]

[*Si la lastimadura involucró ninguna de las opciones, Pase al próximo modulo de lastimadura. Si no hay otra lastimadura, Pase a la sección N, Página 70.*]

### Lastimadura Involucrando un Vehículo

G17) ¿Qué tipo de vehículo fue a causa de la lastimadura? [*Lea las opciones si es necesario.*]

- Carro/Coche/Auto
- Van
- Camioneta
- Camión
- Autobus
- Motocicleta
- ATV de tres ruedas
- ATV de cuatro ruedas
- Bicicleta
- Tractor
- Otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe [*Pase a G22*]
- Sin respuesta [*Pase a G22*]

G18) ¿Tenía el vehículo cinturones de seguridad?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

**SI ES SÍ**

G19) ¿Estaba Ud. usando el cinturón?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

**SI EL VEHÍCULO FUE UN TRACTOR, PREGUNTE G20 Y G21.**

G20) ¿Tenía el tractor protección contra volteos?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G21) ¿Tenía el tractor la toma de fuerza/PTO?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G22) ¿Recibió Ud. alguna instrucción acerca de cómo manejar el vehículo en una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [*Completa el cuadro*]  
 No  
 No sabe  
 Sin respuesta

Tema Principal: _____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cúantas horas? _____			

**Lastimadura Involucrando una Máquina Agrícola (Aparte de Vehículos)**

G23) ¿Qué tipo de máquina estuvo involucrada con la lastimadura? [*Lea las opciones*]

- Banda corredora/la cinta de transporte  
 Máquina de cosechar/segadora  
 Una rastra de discos  
 La sembradora  
 Cosechadora-trilladora/La combinada  
 Otra máquina [*Explique*]: \_\_\_\_\_  
 No Sabe  
 Sin respuesta

G24) ¿Es una actividad/tarea normal el trabajar con o cerca de esta máquina?

- Sí  
 No  
 No sabe  
 Sin respuesta

G25) ¿Recibió Ud. alguna instrucción acerca de cómo trabajar con la máquina o cerca de la máquina de una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [*Complete el cuadro*]  
 No  
 No sabe  
 Sin respuesta

Tema Principal: _____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cúantas horas? _____			

**Lastimadura involucrando una herramienta usada con las manos**

G26) ¿Qué herramienta estaba Ud. usando cuando se lastimó? [*Lea las opciones*]

- Las Tijeras  
 El cuchillo de lechuga  
 El cuchillo de podar  
 Escalera  
 El azadón  
 El azadón con manga corta  
 El rastrillo/la rastra  
 La sierra de podar  
 Las tijeras de podar con mangas largas  
 Las palas  
 Las horquillas  
 Otras herramientas [*Explique*]: \_\_\_\_\_  
 No  
 No sabe  
 Sin respuesta

G27) La herramienta que estaba Ud. usando cuando Ud. se lastimó ¿es la que usa frecuentemente en sus tareas?

- Sí  
 No  
 No sabe  
 Sin respuesta

G28) ¿Recibió Ud. alguna instrucción sobre cómo usar la herramienta de una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [*Complete el cuadro*]  
 No  
 No sabe  
 Sin respuesta

Tema Principal: _____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cúantas horas? _____			

**Lastimadura involucrando un animal**

G29) ¿Qué tipo de animal causó o estuvo involucrado con la lastimadura?

- Vaca/ternero
- Toro
- Caballo
- Puerco
- Oveja/chivo
- Pavo/guajolote
- Gallina
- Otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G30) ¿Cuántos animales estuvieron involucrados en el incidente?

- Número de Animales: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G31) ¿Qué estaba Ud. haciendo en el momento del incidente?

- Alimentando
- Juntando/acoralando
- Marcando
- Ordeñando
- Criando
- Limpiando la cría
- Otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G32) ¿Qué parte del cuerpo del animal causó la lastimadura?

- Cabeza o parte de la cabeza
- Torso/cuerpo
- Las extremidades/las patas
- Otra [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G33) ¿Estaba el animal amarrado apropiadamente?

- Sí, adecuadamente amarrado
- No, inadecuadamente amarrado
- No se encontraba amarrado
- No sabe
- Sin respuesta

G34) ¿Es una tarea frecuente el trabajar con el animal o cerca del animal?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G35) ¿Recibió Ud. algunas instrucciones sobre cómo trabajar con (ese animal) los animales o cerca de animales de una manera segura?

- Sí [*Complete el cuadro*]
- No
- No sabe
- Sin respuesta

Tema Principal: _____			
Idioma:	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cúantas horas? ____			

[Entrevistador/a: Para cada lastimadura relacionada al trabajo del campo repita el módulo. Siga en orden desde la lastimadura más reciente.]



G5) ¿Qué tarea estaba haciendo Ud.?

- Cosechando
- Deshierbando
- Podando
- Sembrando
- Cargando
- Empacando
- Sorteando
- Conduciendo una maquina
- Conduciendo un tractor
- Regando
- Rociando
- Haciendo señales con bandera
- Dirigiendo otros trabajadores
- Pescadito
- Desbuchando
- Deshojando
- Otra tarea [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- Sin respuesta

G6) ¿Es una parte de sus actividades típicas esta tarea?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G7) ¿En qué cosecha/cultivo estaba trabajando Ud.?

- Pepinos
- Tomates
- Naranjas
- Toronjas
- Limones
- Aguacates
- Mandarinas/Tangelos
- Champiñones/hongos
- Verduras Orientales
- Arboles ornamentales y Arbustos
- Césped y plantas terrestres
- Plantas decorativas interiores
- Flores Cortadas
- Hierbas
- Otra Cosecha [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- Sin respuesta

G8) Antes de lastimarse Ud. ¿tenía Ud. mucha experiencia en lo que hacía con esta cosecha/producto?

- Sí con esta cosecha/producto
- No, nunca ha hecho esta tarea
- Sí, pero con otra cosecha/producto
- No sabe
- Sin respuesta

G9) ¿En qué fecha ocurrió esta lastimadura?

[*Entrevistador/a: Si la persona no puede recordar la fecha exacta, anote por lo menos el mes y el año.*]

- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año
- No sabe
- Sin respuesta

G10) ¿Esta lastimadura ocurrió: [*Lea la lista*]

- Mientras trabajaba Ud. en el campo?
- Mientras viajaba Ud. al trabajo?
- Mientras viajaba Ud. del trabajo a la casa?
- No sabe
- Sin respuesta

G11) ¿Recibió Ud. atención médica para la lastimadura?

- Sí
- No [*Pase a G15*]
- No sabe [*Pase a G15*]
- Sin respuesta [*Pase a G15*]

**SI ES SÍ**

G12) ¿A dónde fue Ud. para la atención médica?

- Clínica local
- Hospital local
- Sala de emergencia
- Médico privado
- Quiropráctico
- Curandero
- Farmacia
- No sabe
- Sin respuesta

G13) ¿Cómo llegó Ud. allí?

- Patrón
- Supervisor/Mayordomo
- Compañero del trabajo
- Alguien de la familia
- Amigo/Compadre/Comadre
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G14) ¿Cómo fue pagada la atención médica?

- Ahorros personales
- Seguro médico personal
- Seguro médico proveído por el patrón
- Medi-Cal/IEHP
- Medicare/Medicaid
- Compensación de trabajo
- Healthy Families
- State Disability Insurance
- MIA
- CHDP
- Other [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G15) ¿Ha llegado a ser esta lastimadura a una incapacidad?

- Sí [Anote cómo:]
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- No
- No sabe
- Sin respuesta

G16) ¿Tuvo Ud. alguna instrucción sobre cómo hacer la tarea en una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [Completa el cuadro]
- No
- No sabe
- Sin respuesta

Tema Principal:			
_____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cuántas horas? ____			

[Si la lastimadura involucró un vehículo, **Siga Abajo, G17**]

[Si la lastimadura involucró una máquina agrícola (aparte de vehículos): **Pase a G23, Página 67.**]

[Si la lastimadura involucró una herramienta de mano: **Pase a G26, Página 68.**]

[Si la lastimadura involucró un animal: **Pase a G29, Página 68.**]

[Si la lastimadura involucró ninguna de las opciones, **Pase al próximo modulo de lastimadura. Si no hay otra lastimadura, Pase a la sección N, Página 70.**]

### Lastimadura Involucrando un Vehículo

G17) ¿Qué tipo de vehículo fue a causa de la lastimadura? [Lea las opciones si es necesario.]

- Carro/Coche/Auto
- Van
- Camioneta
- Camión
- Autobus
- Motocicleta
- ATV de tres ruedas
- ATV de cuatro ruedas
- Bicicleta
- Tractor
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe [Pase a G22]
- Sin respuesta [Pase a G22]

G18) ¿Tenía el vehículo cinturones de seguridad?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

**SI ES SÍ**

G19) ¿Estaba Ud. usando el cinturón?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

**SI EL VEHÍCULO FUE UN TRACTOR,**

**PREGUNTE G20 Y G21.**

G20) ¿Tenía el tractor protección contra volteos?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G21) ¿Tenía el tractor la toma de fuerza/PTO?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G22) ¿Recibió Ud. alguna instrucción acerca de cómo manejar el vehículo en una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [*Completa el cuadro*]
- No
- No sabe
- Sin respuesta

Tema Principal:			
_____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cúantas horas? ____			

**Lastimadura Involucrando una Máquina Agrícola (Aparte de Vehículos)**

G23) ¿Qué tipo de máquina estuvo involucrada con la lastimadura? [*Lea las opciones*]

- Banda corredora/la cinta de transporte
- Máquina de cosechar/segadora
- Una rastra de discos
- La sembradora
- Cosechadora-trilladora/La combinada
- Otra máquina [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No Sabe
- Sin respuesta

G24) ¿Es una actividad/tarea normal el trabajar con o cerca de esta máquina?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G25) ¿Recibió Ud. alguna instrucción acerca de cómo trabajar con la máquina o cerca de la máquina de una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [*Complete el cuadro*]
- No
- No sabe
- Sin respuesta

Tema Principal:			
_____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cúantas horas? ____			

**Lastimadura involucrando una herramienta usada con las manos**

G26) ¿Qué herramienta estaba Ud. usando cuando se lastimó? [*Lea las opciones*]

- Las Tijeras
- El cuchillo de lechuga
- El cuchillo de podar
- Escalera
- El azadón
- El azadón con manga corta
- El rastrillo/la rastra
- La sierra de podar
- Las tijeras de podar con mangas largas
- Las palas
- Las horquillas
- Otras herramientas [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G27) La herramienta que estaba Ud. usando cuando Ud. se lastimó ¿es la que usa frecuentemente en sus tareas?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G28) ¿Recibió Ud. alguna instrucción sobre cómo usar la herramienta de una manera segura antes de la lastimadura?

- Sí [*Complete el cuadro*]
- No
- No sabe
- Sin respuesta

Tema Principal:			
_____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cuántas horas? ____			

**Lastimadura involucrando un animal**

G29) ¿Qué tipo de animal causó o estuvo involucrado con la lastimadura?

- Vaca/ternero
- Toro
- Caballo
- Puerco
- Oveja/chivo
- Pavo/guajolote
- Gallina
- Otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G30) ¿Cuántos animales estuvieron involucrados en el incidente?

- Número de Animales: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G31) ¿Qué estaba Ud. haciendo en el momento del incidente?

- Alimentando
- Juntando/acorralando
- Marcando
- Ordeñando
- Criando
- Limpiando la cría
- Otro [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G32) ¿Qué parte del cuerpo del animal causó la lastimadura?

- Cabeza o parte de la cabeza
- Torso/cuerpo
- Las extremidades/las patas
- Otra [*Explique*]: \_\_\_\_\_
- No sabe
- Sin respuesta

G33) ¿Estaba el animal amarrado apropiadamente?

- Sí, adecuadamente amarrado
- No, inadecuadamente amarrado
- No se encontraba amarrado
- No sabe
- Sin respuesta

G34) ¿Es una tarea frecuente el trabajar con el animal o cerca del animal?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

G35) ¿Recibió Ud. algunas instrucciones sobre cómo trabajar con (ese animal) los animales o cerca de animales de una manera segura?

- Sí [*Complete el cuadro*]
- No
- No sabe
- Sin respuesta

Tema Principal: _____			
Idioma:			
	SP	ENG	OTRO
VIDEO	1	2	3
DEMO	1	2	3
LEER	1	2	3
OTRO:	1	2	3
_____			
¿Cúantas horas? ____ ____			

## Sección N) Estatus Legal

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora le voy a hacer a Ud. algunas preguntas sobre su estatus de residencia. Si no está claro, por favor dígame. Recuerde todas sus respuestas son confidenciales

N1) ¿Cuál es su estatus de residencia de ahora?

- Ciudadano americano de nacimiento [Termine la entrevista]
- Ciudadano naturalizado de los E.U.A. [Pase a N2]
- Residente Permanente [Pase a N2]
- “Commuter Card: derecho cruzar la frontera y trabajar en los E.U.A. [Pase a N2]
- Estatus pendiente, aplicó pero aún esta esperando decisión oficial. [Pase a N2]
- Sin documentos [Pase a N4]
- Visa temporal—No inmigrante [Pase a N2]
- Otra [Explique]: \_\_\_\_\_ [Pase a N2]
- No sabe [Pase a N4]
- Sin respuesta [Pase a N4]

N2) ¿Bajo qué programa?

- Amnistía de los 5 años
- Amnistía de los 90 días, “SAW”
- Cubanos y Haitianos
- Petición de cónyuge/reunificación familiar
- Certificación de trabajo
- Registro/registración
- Asilo político
- Refugio
- Estatus protegido (temporario)
- Bracero (H2A)
- Estudiante
- Turista
- Tarjeta para cruzar la frontera “pasaporte”
- Otro [Explique]: \_\_\_\_\_
- No sabe [Pase a N4]
- Sin respuesta [Pase a N4]

N3) Fecha de obtención general de trabajo:

1. ¿Cuándo aplicó para el programa?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes                      Año

2. ¿Cuándo obtuvo el estatus legal?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes                      Año

3. ¿Cuándo se naturalizó Ud./se hizo Ud. ciudadano?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes                      Año

N4) ¿Tiene Ud. número/tarjeta de seguro social?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

N5) ¿Ha usado alguna vez algún otro número de seguro social?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

C46) ¿Le pidieron a Ud. su patrón de ahora o más reciente mostrar su número de Seguro Social antes de comenzar a trabajar?

- Sí
- No
- No sabe
- Sin respuesta

## Fin de la Encuesta

[*Despedida del Entrevistador/a:*] Muchas gracias por su importante participación en esta parte de la encuesta. La próxima parte de la encuesta en que nos gustaría pedir su participación es en el examen físico. Con su permiso me gustaría saber cuando Ud. podría ir a la clínica para que establezca una cita. [*Explique sobre la situación con el van y cómo nosotros tenemos a alguien que puede llevarle a la clínica y devolverle a su casa. Si la persona, quiere seguir con su participación, anote el día y hora más conveniente para él o ella.*]

Día y hora más conveniente: \_\_\_\_\_

[*Para el/la entrevistador/a solamente: ¿Había algunas secciones del cuestionario que usted cree que el participante no podía contestar o hubiera proveído información no muy confiable?*] [*Anote abajo*]

---

---

---

---

[*Notas adicionales, si es necesario*]

---

---

---

---