

Female Questionnaire/Spanish Version

Participant ID# _____

Interviewer _____

Date _____

**California Hired Farm Worker Health Survey
Female Physical Exam Questionnaire
Spanish Version**

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

Female Questionnaire/Spanish Version

Sección O) Hábitos de Salud

[Introducción del Entrevistador/a:] Las preguntas siguientes que se ven se refieren al uso de cigarros y alcohol, como cerveza, vinos, vinos fríos, cócteles o licores, como whisky, vodka, ron, o gin—toda clase de bebida que la gente bebe en ocasiones especiales, un una comida, o para relajarse. Si no está claro, por favor dígame. Todas sus respuestas son confidenciales.

El Fumar

O1) ¿Ha fumado al menos que 100 cigarros en toda su vida?

- Sí
 No [Pase a O5]
 No Sabe [Pase a O5]
 Sin Respuesta [Pase a O5]

SI ES SÍ

O2) ¿Más o menos cuántos años tenía Ud. cuando comenzó a fumar más o menos regularmente?

- Nunca fumó regularmente [Pase a O5]
 Edad: _____
 No Sabe [Pase a O5]
 Sin Respuesta [Pase a O5]

O3) ¿Cuándo fue la última vez que Ud. fumó?

_____/_____
Mes Año

O4) En promedio ¿cuántos cigarros fuma/fumaba?

[1 caja = 20 cigarros]

- Cigarros cada día ____/____
 No Sabe
 Sin Respuesta

Consumo de Alcohol

O5) En el mes pasado, ¿cuántos días por semana o por mes, bebió Ud. alguna bebida alcohólica, en promedio?

- Días por semana: _____
 Días por mes: _____
 Ninguno [Pase a la Próxima Sección]
 No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
 Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

O6) Una bebida, es un bote o una botella de cerveza, un vaso de vino, un bote o una botella de vino frío, un cóctel, o un trago de licor. En los días cuando Ud. tomó, ¿cuántas bebidas tomó Ud. en promedio?

- Número de bebidas: _____
 No Sabe
 Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

Sección R) El Uso de Drogas

[Introducción del Entrevistador/a:] Ud. sabe que el uso de las drogas pueda afectar a la salud. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su uso de las drogas. Si no está claro, por favor dígame. Recuerde todas sus respuestas son confidenciales

R1) ¿Ha usado Ud. drogas alguna vez?

- Sí
- No [Pase a la Próxima Sección]
- No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
- Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

SI ES SÍ

R2) ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó o probó drogas?

- Ayer
- Hace algunos días
- La semana pasada
- El mes pasado
- Hace algunos meses
- Hace un año
- Hace algunos años
- Hace muchos años
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

R3) ¿Qué tipo de drogas ha usado? [Lea la lista. Marque las que correspondan.]

- Marijuana
- Anfetaminas/Speed/Crank
- Cocaína
- Heroína
- Morfina
- LSD
- Otra: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

R4) La última vez que Ud. usó drogas, ¿qué drogas usó? [Lea la lista. Marque todas las que correspondan]

- Marijuana
- Anfetaminas/Speed/Crank
- Cocaína
- Heroína
- Morfina
- LSD
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

R5) ¿Ha probado o usado drogas inyectadas?

- Sí
- No [Pase a la Próxima Sección]
- No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
- Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

SI ES SÍ

R6) ¿Ha compartido jeringas con alguien alguna vez?

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

Sección M) Salud Reproductiva

[Introducción del Entrevistador/a:] Nos gustaría saber alguna información sobre su salud reproductora. Las preguntas siguientes son relacionadas a su historia reproductora. Si no está claro, por favor dígame. Todas sus respuestas son confidenciales

M3) ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera menstruación?

- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- Otra: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

M4) ¿Todavía tiene Ud. sus reglas menstruales?

- Sí [*Pase a M7*]
- No
- No Sabe [*Pase a M7*]
- Sin Respuesta [*Pase a M7*]

SI NO

M5) ¿Por qué paró su menstruación?

- Operación
- Remedio/Medicación
- Radiación
- Menopausia
- Embarazo
- No Sabe
- Sin Respuesta
- Otro _____

M6) ¿Cuándo paró su menstruación?

- Cuando: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

M7) Durante el año pasado, ¿cuánto tiempo duró usualmente su ciclo menstrual? Es decir ¿cuántos días pasaron entre el primer día de su menstruación y el primer día de sangrar de la próxima menstruación? [*No acepte una respuesta de menos de 10 días, repite la pregunta si es necesario.*]

- Número de días: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

M7b) Si Ud. tiene problemas con su periodo menstrual, ¿qué hace?

- Toma medicinas (especifique) _____
- Toma hierbas (especifique) _____
- Clínica/Doctor
- Otro _____
- Nada _____
- No tengo problemas

Female Questionnaire/Spanish Version

M8) ¿Cuántas veces en total ha estado Ud. embarazada (aún si solamente por corto tiempo)?

[Incluya todos los nacimientos vivos, fetos muertos, abortos no intencionados y abortos.]

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 0 [Pase a la Próxima Sección]
- 10 o más, número: _____
- No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
- Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

M9) ¿Cuántos nacimientos vivos ha tenido Ud. en total?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 10 o más, número: _____
- 0 [Pase a M12]
- No Sabe [Pase a M12]
- Sin Respuesta [Pase a M12]

M9b) ¿Ha tenido Ud. embarazos en las cuales el niño murió o nació muerto?

- Sí: Numero _____
- No [Pase a M10]
- No Sabe [Pase a M10]
- Sin Respuesta [Pase a M10]

M9c) ¿Cuál fue la causa?

- Aborto natural (miscarriage) _____
- Aborto provocado _____
- Nació muerto (stillbirth) _____
- Otro _____
- No Sabe _____
- Sin Respuesta _____

M10) ¿Cuántos nacimientos han resultado en un bebe normal sin problemas o defectos (anormalidades)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 10+
- 0
- No Sabe
- Sin Respuesta

M11) ¿Cuántos nacimientos han resultado en un bebe con problemas o defectos (anormalidades)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 10 o más, número: _____
- 0
- No Sabe
- Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

M12) ¿Cuántos de sus partos ha tenido Ud. en su casa?

- Cantidad: _____
 No Sabe
 Sin Respuesta

M13) ¿Cuántos de sus partos ha tenido Ud. en el hospital/clínica?

- Cantidad: _____
 No Sabe
 Sin Respuesta

M14) ¿Cuántos de sus partos ha tenido Ud. en los E.U.A.?

- Cantidad: _____ [Si 0 pase a M15]
 No Sabe [Pase a M15]
 Sin Respuesta [Pase a M15]

M14b) ¿Con su último hijo que nació aquí, recibió Ud. cuidado prenatal de un médico o de una clínica?

- Sí
 No [Pase a M14e]
 No Sabe [Pase a M15]
 Sin Respuesta [Pase a M15]

M14c) ¿Dónde?

- Area local
 Otro _____
 Sin Respuesta

M14d) ¿En qué mes del embarazo fue Ud. a buscar cuidado prenatal?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 No Sabe
 Sin Respuesta

SI NO TUVO CUIDADO PRENATAL

PREGUNTE:

M14e) ¿Fue Ud. a una partera o alguien que no es médico?

- Sí
 No
 Sin Respuesta

M15) ¿Cuántos de sus partos ha tenido Ud. en su país nativo?

- Cantidad: _____
 No Sabe
 Sin Respuesta

M16) ¿Ha tenido Ud. hijos que hayan muerto después de nacer?

- Sí:
 ¿Cuántos hijos?: _____
 ¿Edad del hijo o hijos?: _____
 ¿En México, E.U.A. o otro país?: _____

-
- No
 Sin Respuesta

M17) ¿Piensa Ud. que hay beneficios o que la madre y el niño están más sanos cuando tienen cuidado prenatal?

- Sí
 No
 No Sabe
 Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

Sección Q) Actividad Sexual

[Introducción del Entrevistador/a:] Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su historia sexual. Si esto es incómodo para Ud., por favor dígame y yo pararé. Si no está claro, por favor dígame. Todas sus respuestas son confidenciales.

Q1) En los últimos cinco años ¿con cuánta gente ha tenido relaciones sexuales?

- Número de Compañeros: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q2) ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?

- Edad: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q3) ¿Ha tenido sexo Ud. con alguien que usaba drogas inyectadas alguna vez?

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q4a) ¿Le ha dicho alguna vez un médico que Ud. tiene una enfermedad sexual?

- Sí
- No [Pase a Q9]
- No Sabe [Pase a Q9]
- Sin Respuesta [Pase a Q9]

SI ES SÍ

Q5) ¿Qué tipo de enfermedad sexual tuvo Ud.?

- Enfermedad: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q6) ¿Tiene Ud. esta enfermedad sexual todavía?

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q7) ¿Recibió o está recibiendo tratamiento médico para esta enfermedad sexual?

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q8) ¿Quién proveyó o está proveyendo ese tratamiento?

- Clínica local
- Hospital local
- Sala de emergencia
- Médico privado
- Farmacia
- Tratamiento en país nativo
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q9) ¿Le ha dicho alguna vez un médico que Ud. tiene SIDA o VIH?

- Sí
- No [Pase a la Q18]
- No Sabe [Pase a Q18]
- Sin Respuesta [Pase a Q18]

SI ES SÍ

Q10) ¿Cuál?

- SIDA
- VIH
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q11) ¿Desde cuando ha tenido Ud. VIH o SIDA?

- Desde [Aproximadamente]: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q12) ¿Está recibiendo Ud. tratamiento para el SIDA o el VIH?

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

Q13) ¿Quién proveyó o está proveyendo ese tratamiento?

- Clínica local
- Hospital local
- Sala de emergencia
- Médico privado
- Farmacia
- Tratamiento en país nativo
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q18) ¿Cuándo Ud. tiene relaciones sexuales, usa algo para protegerse de enfermedades?

- Sí [Pase a Q20]
- No
- No Sabe [Pase a Q21]
- Sin Respuesta [Pase a Q21]

SI NO

Q19) Por qué no usa protección?

- No me gusta
- Muy caro
- A mi compañero no le gusta
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

SI ES SÍ

Q20) ¿Qué clase de protección usa Ud.?

- Condones (preservativos)
- Cremas
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Q21) ¿Cuándo Ud. tiene relaciones sexuales usa algo para prevenir que no sale embarazada?

- Sí
- No [Pase a Q23]
- No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
- Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

SI ES SÍ

Q22) ¿Qué clase de anticonceptivo usa Ud.?

[Marque todas a las que correspondan]

- Condones/preservativos
- Cremas
- Pastilla
- Diafragma
- Espuma
- Ligación de los tubos
- Norplant
- Vasectomía
- Esponja
- Supositivo
- Método del ritmo
- Abstinencia
- Otro: _____
- No aplicable
- No Sabe
- Sin Respuesta

SI NO

Q23) ¿Por qué no usa un tipo de prevención?

- No quiero
- No me gusta
- Muy caro
- A mi compañero no le gusta
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

Sección P) Amenaza y Violencia

[Introducción del Entrevistador/a:] Ud. sabe que la violencia también afecta a nuestra salud. Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas a la amenaza y a la violencia. Si no está claro, por favor dígame. Sus respuestas son confidenciales

Durante los últimos 12 meses. . . .

P1) ¿ Se ha sentido amenazado en su trabajo alguna vez?

- Sí
- No [Pase a P3]
- No Sabe [Pase a P3]
- Sin Respuesta [Pase a P3]

P2) ¿Por quién?:

- Compañero de trabajo
- Mayordomo
- Ranchero
- Contratista
- Otra persona: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

[Por favor cuénteme qué pasó:]

Durante los últimos 12 meses. . . .

P3) ¿Ha sido víctima Ud. de algún acto de violencia como ser golpeado, cacheteado, aventado, amenazado con un arma, asaltado, o robada?

- Sí
- No [Pase a la Próxima Sección]
- No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
- Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

[Por favor cuénteme sobre ese incidente:]

P4) ¿Dónde?:

- En el trabajo
- En Casa
- Otro lugar: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

P5) ¿Por quién?:

- Compañero
- Pariente/Miembro de Familia
- Otra persona: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

Sección S) Enfermedades Mentales o Psicológicas

[Introducción de Entrevistador/a:] Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre las enfermedades mentales o psicológicas que puedan afectar a la gente. Si no está claro, por favor dígame. Recuerde todas sus respuestas son confidenciales

S1) ¿Le ha dicho un médico que Ud. tiene alguna de las siguientes enfermedades alguna vez? [Lea las opciones. Marque todas las que correspondan.]

- Depresión
- Esquizofrenia
- Manía
- Otro: _____
- No [Pase a S4]
- No Sabe [Pase a S4]
- Sin Respuesta [Pase a S4]

SI ES SÍ

S2) ¿Recibió Ud. o está recibiendo tratamiento médico para esta(s) enfermedades?

- Sí
- No [Pase a S4]
- No Sabe [Pase a S4]
- Sin Respuesta [Pase a S4]

SI ES SÍ

S3) ¿Quién proveyó o está proveyendo el tratamiento?

- Clínica local
- Hospital local
- Sala de emergencia
- Médico privado
- Farmacia
- Tratamiento en país nativo
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

S4) En los últimos 12 meses, ¿ha tenido Ud. pensamientos de suicidarse?

- Sí
- No [Pase a la Próxima Sección]
- No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
- Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

SI ES SÍ

S5) ¿Los tiene ahora?

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

S6) ¿Por cuánto ha tenido (tuvo) Ud. estos pensamientos?

- Menos de un mes
- 1 mes a 2 meses
- 3 meses a 6 meses
- Más de 6 meses
- No Sabe
- Sin Respuesta

S7) ¿Tuvo tratamiento?

- Sí
- No [Pase a la Próxima Sección]
- No Sabe [Pase a la Próxima Sección]
- Sin Respuesta [Pase a la Próxima Sección]

SI ES SÍ

S8) ¿Quién proveyó el tratamiento?

- Clínica local
- Hospital local
- Sala de emergencia
- Médico privado
- Farmacia
- Tratamiento en país nativo
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

S9) ¿Adónde fue para el tratamiento?

- Área local [*Condado de Encuesta*]
- Otra área en California
- Otro estado en E.U.A.
- México
- Otro: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

S10) ¿Cuánto le costó el tratamiento?

- Gratis
- \$1-\$50
- \$51-\$100
- \$101-\$200
- \$201-\$500
- \$501-\$1000
- \$1,001-\$2,000
- \$2,001-\$10,000
- \$10,001-\$20,000
- \$20,001-\$50,000
- \$50,000+
- No Sabe
- Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

Sección T) Compensación de trabajo y Seguridad en trabajo agrícola.

[Entrevistador/a Introducción:] Ahora voy a hacer algunas preguntas sobre la seguridad en su trabajo agrícola. Si no está claro, por favor dígame. Todas sus respuestas son confidenciales.

T1) En los últimos 12 meses, ¿ha tomado bebidas alcohólicas como cerveza o vino, mientras trabaja en el campo?

- Sí
 No [Pase a T4]
 No Sabe [Pase a T4]
 Sin Respuesta [Pase a T4]

SI ES SÍ

T2) ¿Trae Ud. el alcohol al trabajo, o alguien mas lo provee?

- Ud. mismo
 Alguien mas [Explique:]

- No Sabe
 Sin Respuesta

T3) La última vez que Ud. tomó alcohol mientras trabajaba en el campo, ¿cuántas bebidas tomó?

- Cantidad: _____
 No Sabe
 Sin Respuesta

T4) ¿Ha sentido alguna vez que Ud. no pudo hablar o decir algo de algún accidente o herida en el trabajo?

- Sí
 No [Pase a T5]
 No Sabe [Pase a T5]
 Sin Respuesta [Pase a T5]

[Por favor cuénteme sobre ese incidente:]

T5) ¿Alguna vez ha tenido Ud. una lastimadura que fue cubierta por compensación de trabajo?

- Sí
 No [Pase a T13]
 No Sabe [Pase a T13]
 Sin Respuesta [Pase a T13]

SI ES SÍ

T6) ¿Cuándo fue la lastimadura más reciente?

- Date: ____/____/_____
 Mes Día Año
 No Sabe
 Sin Respuesta

T7) ¿Qué tipo de lastimadura tuvo Ud.?

[Lastimadura más reciente.]

Tipo de lastimadura:

- No Sabe
 Sin Respuesta

T8) ¿Quién proveyó el tratamiento para esta lastimadura? [Lastimadura más reciente.]

- Clínica local
 Hospital local
 Sala de emergencia
 Médico privado
 Farmacia
 Tratamiento en país nativo
 Otro: _____
 Nadie
 No Sabe
 Sin Respuesta

Female Questionnaire/Spanish Version

T9) ¿Fue adecuado el tratamiento para esta lastimadura? [*Lastimadura más reciente.*]

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

T10) ¿Recibió Ud. alguna compensación semanal como un cheque o un pago para esta lastimadura? [*Lastimadura más reciente.*]

- Sí
- No [*Pase a T13*]
- No Sabe [*Pase a T13*]
- Sin Respuesta [*Pase a T13*]

T11) ¿Cuánta compensación recibió Ud. para esta lastimadura? [Total del pago o compensación semanal para la lastimadura más reciente.]

- Cantidad total: _____
- No Sabe
- Sin Respuesta

T12) ¿Fue adecuada esta compensación para esta lastimadura? [*Lastimadura más reciente.*]

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

T13d) En su experiencia como trabajadora del campo, ¿qué diría Ud. es el problema más grande que enfrentan a los trabajadores agrícolas?

- Problema más grande:

- No hay problemas
- No Sabe
- Sin Respuesta

T13a) ¿En su trabajo del campo de ahora o su trabajo del campo más reciente, ¿usa Ud. “raiteros” para ir y venir del campo?

- Sí
- No [*Pase a T14*]
- No Sabe [*Pase a T14*]
- Sin Respuesta [*Pase a T14*]

SI ES SÍ

T13b1) ¿Tienen cinturones de seguridad para TODAS LAS PERSONAS estos vehículos?

- Sí Siempre
- Frecuentemente, pero no siempre
- Pocas Veces, poco frecuente
- No [*Pase a T14*]
- No Sabe [*Pase a T14*]
- Sin Respuesta [*Pase a T14*]

SI ES SÍ

T13c) ¿Ud. usa los cinturones?

- Sí siempre
- A veces
- Pocas veces, poco frecuente
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

T14) ¿Tiene cuidado sano y adecuado para sus niños mientras usted trabaja en agricultura?

- Sí
- No
- No Sabe
- Sin Respuesta

T15) ¿Dónde deja (con quien) a sus niños cuando se va a trabajar?

- Con una persona que cuida niños
- Con un pariente
- Con un amigo/amiga
- Centro de cuidado de niños
- Con hijos/hijas mayores
- Los llevamos a el trabajo
- Solos en la casa
- No sabe
- Sin respuesta