

Violencia y Lesión

SECCIÓN PRINCIPAL: Lesión

Las siguientes preguntas son sobre experiencias diferentes y comportamientos relacionados con lesiones de tráfico vial.

Preguntas		Respuestas	Código
1	En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia uso el cinturón de seguridad cuando era el conductor o el pasajero de un automóvil?	Todo el tiempo 1 Algunas veces 2 Nunca 3 No ha estado en un vehículo en los últimos 30 días 4 El automóvil que utilizo no está equipado con un cinturón de seguridad 5 No sabe 77 Rehúsa 88	V1
2	En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia utilizó un casco cuando condujo o montó como pasajero en un motocicleta o moped?	Todo el tiempo 1 Algunas veces 2 Nunca 3 No ha estado en un vehículo en los últimos 30 días 4 El automóvil que utilizó no está equipado con un cinturón de seguridad 5 No sabe 77 Rehúsa 88	V2
3	En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado en un accidente de tráfico siendo conductor, pasajero, peatón, o ciclista?	Sí (como conductor) 1 Sí (como pasajero) 2 Sí (como peatón) 3 Sí (como ciclista) 4 No 5 <i>Si respondió NO, siga a la pregunta V5</i> No sabe 77 <i>Si no sabe, siga a V5</i> Rehúsa 88 <i>Si Rehúsa, siga a V5</i>	V3
4	¿Sufrió lesiones en aquel accidente de tráfico que requirieron atención médica?	Sí 1 No 2 No sabe 77 Rehúsa 88	V4
Las siguientes preguntas piden información de sus lesiones más severas en los últimos 12 meses.			
5	Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo lesionado(a) accidentalmente sin incluir aquellos accidentes de tráfico que requirieron atención médica?	Sí 1 No 2 <i>Si respondió NO, valla a V8</i> No sabe 77 <i>Si No sabe, valla a V8</i> Rehúsa 88 <i>Si Rehúsa, valla a V8</i>	V5
6	Por favor, indique cuál de los siguientes fue la causa de estas lesiones	Caída 1 Burn 2 Envenenamiento 3 Corte 4 A punto de ahogarse 5 Mordida de animal 6 Otro (díganos) 7 No sabe 77 Rehúsa 88	V6
		Otro (por favor díganos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	V6otro

SECCIÓN PRINCIPAL: Violencia				
Las siguientes preguntas son sobre diferentes experiencias y comportamientos relacionados a la violencia.				
Preguntas		Respuestas		Código
11	En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo en un incidente violento en el cual sufrió lesiones y requirió atención médica?	Nunca 1 <i>Si Nunca, valla a V14</i> Raramente (1- 2 veces) 2 Algunas veces (3 – 5 veces) 3 A menudo (6 o mas veces) 4 No sabe 77 <i>Si No sabe, valla a V14</i> Rehúsa 88 <i>Si Rehúsa, valla a V14</i>	V11	
Las siguientes preguntas piden información de incidentes más violentos en los que haya estado presente en los últimos 12 meses.				
12	Por favor, indique cual de las siguientes le causo lesiones más severas en los últimos 12 meses. (USE TARJETAS DE MUESTRA)	Ser disparado con un arma de fuego 1 Una arma (que no era de fuego) fue utilizada por la persona que me lesiono 2 Ser lesionado(a) sin una arma (golpes, empujones...) 3 No sabe 77 Rehúsa 88	V12	
13	Por favor indique la relación entre usted y las persona(s) que le causaron su lesión.	Compañero intimo 1 Padre/Madre 2 Niño, hermano(a), u otro familiar 3 Amigo o conocido 4 Un cuidador sin parentesco 5 Extraño 6 Autoridad oficial o legal 7 Otro (díganos) 8 Rehúsa 88	V13	
		otro (por favor díganos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	V13other	
14	Recordando su infancia (antes de los 18 años), ¿alguna vez su padre/madre o adulto en su hogar lo(a) empujo, agarro de manera brusca, golpeo, cacheteo, o le tiro algo directamente?	Nunca 1 Raramente 2 Una vez al mes 3 Una vez a la semana 4 Casi diariamente 5 No sabe 77 Rehúsa 88	V14	
15	Recordando su infancia, ¿Alguna vez un adulto o alguien mayor por los menos con 5 años lo(a) toco sexualmente o trato de forzarle a tener relaciones sexuales?	Sí 1 No 2 Rehúsa 88	V15	
16	Desde que cumplió 18 años, ¿ha usted sido la victima de un acto sexual ya sea vaginal, oral o por penetración anal llevado a cabo contra su voluntad?	Nunca 1 Una vez 2 Unas pocas veces (2 o 3 veces) 3 Muchas veces (4 o mas veces) 4 No sabe 77 Rehúsa 88	V16	

AMPLIADA: Violencia

Las siguientes preguntas piden información sobre comportamientos relacionados con su seguridad.

Preguntas		Respuestas	Código
17	En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido(a) miedo por su seguridad o la de su familia debido a amenazas de otra persona?	Sí 1	V17
		No 2 <i>If no, go to V19</i>	
		Rehúsa 88 <i>If Rehúsa, go to V19</i>	
18	Por favor, díganos a quien le teme mas:	Compañero íntimo 1	V18
		Padre/Madre 2	
		Niño, hermano(a), u otro familiar 3	
		Amigo(a) o conocido 4	
		Un cuidador sin parentesco 5	
		Extraño 6	
		Autoridad oficial o legal 7	
		Otro (díganos) 8	
		Rehúsa 88	
		Otro (por favor díganos) <input type="text"/>	V18other
19	¿Ha usted llevado una arma de fuego cargada fuera de su hogar en los últimos 30 días?	No 1	V19
		Sí, para protección 2	
		Sí, para cuestiones laborales 3	
		Sí, por un deporte (por ejemplo, caza, o tiro al blanco) 4	
		Rehúsa 88	