

Encuesta salud socioambiental 2.6

0.1. ¿Esta encuesta es real y debe ser tomada en cuenta para el análisis estadístico?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
0.2. ¿Está dispuesto/a a responder esta encuesta?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
1.1. ¿Cuántas personas viven en esta casa?	
1.1.1. ¿Cuál es el nombre del habitante \${posicionHabitante}? <i>Comenzar por los adultos y luego seguir con los menores</i>	1.1.1. a 1.1.5. se repiten N veces según respuesta de 1.1.
1.1.2. ¿Cuál es el sexo del habitante \${posicionHabitante}?	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro
1.1.3. ¿Cuál es la edad del habitante \${posicionHabitante}?	
1.1.4. ¿Hace cuántos años que vive en esta localidad?	
1.1.5. ¿Qué tipo de cobertura de salud tiene \${nombre}? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Obra Social <input type="checkbox"/> Prepaga <input type="checkbox"/> Pami <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
1.1.6. ¿Dónde se atienden generalmente los integrantes de la casa? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Centros de salud locales <input type="checkbox"/> Médico privado <input type="checkbox"/> Hospital Regional <input type="checkbox"/> Sistema de salud privado <input type="checkbox"/> No se atiende <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Otros
Ahora vamos a preguntarle su opinión sobre su localidad. Siéntase libre de decir lo que quiera, no hay respuestas correctas o incorrectas.	
1.2. ¿Cuáles son los principales problemas de salud en su pueblo/ciudad hoy?	
1.3. ¿Qué cree que está causando estos problemas?	
1.4. ¿Nota que aumentaron los problemas de salud en el pueblo/ciudad en los últimos tiempos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta

<p>1.5. ¿Cuáles considera que son los principales problemas de salud entre los habitantes de su casa hoy? <i>Campo abierto hasta 4 (cuatro) respuestas</i></p>	
<p>1.6.1. Describa</p>	<p>Como seleccionó para {donde_se_atiende} = 'otro'</p>
<p>De aquí en adelante vamos a preguntar sobre problemas de salud que afectan a los habitantes de esta casa. Entre otras cosas preguntaremos sobre salud sexual y reproductiva y salud mental. Algunos temas pueden ser sensibles o movilizados, puede detener la encuesta si así lo desea.</p>	
<p>2. Vamos a distinguir entre enfermedades crónicas (que se mantienen en el tiempo) y agudas (repentinas e intensas). Comenzaremos con las enfermedades o síntomas agudos. Nos referimos a aquellos problemas de salud que aparecen repentinamente, dificultan o impiden las actividades cotidianas y generalmente desaparecen.</p>	<p>2.1. se repite N veces según respuesta de 1.1.</p>
<p>2.1. ¿Recuerda si {nombre_persona} tuvo alguno/s de los siguiente/s problemas? Nos referimos a una situación en que estos problemas hayan sido tan fuertes que no le permitieron continuar con sus actividades cotidianas <i>Puede seleccionar varias opciones</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sudoración llamativa muy intensa, poco común y de golpe <input type="checkbox"/> Piel muy seca y deshidratación <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de la piel, ronchas, brotes (dermatitis) <input type="checkbox"/> Confusión y desorientación repentina <input type="checkbox"/> Temblor/rigidez/hormigueo/adormecimiento de alguna parte del cuerpo <input type="checkbox"/> Mareos, vértigo <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Desmayo (Síncope) <input type="checkbox"/> Ansiedad/excitación/alucinaciones <input type="checkbox"/> Palpitaciones/arritmia <input type="checkbox"/> Pico de presión <input type="checkbox"/> Falta de aire (broncoespasmo o crisis asmática) <input type="checkbox"/> Lagrimeo/ Irritación ocular/fotofobia/ojo seco/ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Otros
<p>2.1.1. Describa el problema (otros)</p>	<p>Como seleccionó para {agudasPersona_}, 'otro')</p>

<p>2.2. Pensando en todos los habitantes de la casa: ¿Esos problemas han aparecido o han aumentado en algún mes del año en particular?</p> <p><i>Puede seleccionar varias opciones. En caso de que todas las respuestas anteriores hayan sido "Ninguno" saltar y responder "No".</i></p>	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre <input type="checkbox"/> Octubre <input type="checkbox"/> Noviembre <input type="checkbox"/> Diciembre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Otro
<p>2.2.1. Describa</p>	<p>Como seleccionó para {que_Epoca}, 'otro')</p>
<p>2.3. ¿Alguno de lo habitantes de la casa sufrió algún episodio de síntomas agudos en particular que quiera compartir? Describa brevemente</p>	
<p>3. Ahora vamos a hacerle preguntas sobre enfermedades que padecen desde hace tiempo o que se mantienen a lo largo de la vida (las enfermedades crónicas).</p> <p>Trate de recordar si hay algún medicamento que algún miembro de la casa toma diariamente o con mucha frecuencia y por qué lo toma. Trate de recordar si alguien fue sometido/a a alguna operación o cirugía, si alguien realiza una dieta especial o no puede ingerir ciertos alimentos.</p>	<p>3.a.1. a 3.a.13 (adultos) y 3.b.1 a 3.b.7 (menores) se repiten N veces según respuesta de 1.1.</p>
<p>3.a.1. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades respiratorias que le voy a leer a continuación?</p> <p><i>Puede seleccionar varias opciones</i></p>	<input type="checkbox"/> Alergia respiratoria <input type="checkbox"/> Asma/Broncoespasmos <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias que se repiten (neumonía, faringitis, amigdalitis, sinusitis, etc) <input type="checkbox"/> Falta de aire frecuente <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
<p>3.a.1.0. Describa qué otra enfermedad respiratoria que no haya mencionado</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona_}, 'otras')</p>

3.a.1.1. ¿A qué edad le apareció Alergia a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona_}, 'alergia')
3.a.1.2. ¿A qué edad le apareció Asma a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona_}, 'asma')
3.a.1.3. ¿A qué edad le aparecieron las Infecciones a repetición a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona_}, 'infecciones')
3.a.1.4. ¿A qué edad le apareció la falta de aire frecuente a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona_}, 'epoc')
3.a.1.5. ¿A qué edad le apareció EPOC a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona_}, 'epoc')
3.a.1.6. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona_}, 'otras')
3.a.2 ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades cardiovasculares que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Presión alta (Hipertensión) <input type="checkbox"/> Alteración del ritmo del corazón(Arritmia cardíaca). <input type="checkbox"/> Infarto, isquemia, angor <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.2.0. Describa qué otra enfermedad cardiovascular que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasCardiovascularesPersona_}, 'otras')
3.a.2.1. ¿A qué edad le apareció Presión alta (Hipertensión) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasCardiovascularesPersona_}, 'hipertension')
3.a.2.2. ¿A qué edad le apareció Alteración del ritmo del corazón (Arritmia cardíaca) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasCardiovascularesPersona_}, 'arritmia')
3.a.2.3. ¿A qué edad tuvo un Ataque cardíaco (Infarto agudo de miocardio) \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasCardiovascularesPersona_}, 'infarto')
3.a.2.4. ¿A qué edad le apareció Insuficiencia cardíaca a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasCardiovascularesPersona_}, 'insuficienciacardiaca')
3.a.2.5. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasCardiovascularesPersona_}, 'otras')
3.a.3. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las	<input type="checkbox"/> Hepatitis crónicas <input type="checkbox"/> Cirrosis

<p>enfermedades digestivas que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i></p>	<input type="checkbox"/> Divertículos o Pólipos <input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca <input type="checkbox"/> Algunas comidas le caen mal y le generan diarrea, dolor de panza, hinchazón (Intolerancia alimentaria a la leche/lácteos, harina, gluten, etc) <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
<p>3.a.3.0. Describa qué otra enfermedad digestiva que no haya mencionado</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'otras')</p>
<p>3.a.3.1. ¿A qué edad le apareció Hepatitis crónicas a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'hepatitis')</p>
<p>3.a.3.2. ¿A qué edad le apareció Cirrosis a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'cirrosis')</p>
<p>3.a.3.3. ¿A qué edad le aparecieron Pólipos a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'polipos')</p>
<p>3.a.3.4. ¿A qué edad le aparecieron Divertículos a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'diverticulos')</p>
<p>3.a.3.5. ¿A qué edad le apareció Enfermedad celíaca a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'enfermedadCeliaca')</p>
<p>3.a.3.6. ¿Qué Intolerancia alimentaria padece?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'intoleranciaAlimentaria')</p>
<p>3.a.3.7. ¿A qué edad le apareció Intolerancia alimentaria a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'intoleranciaAlimentaria')</p>
<p>3.a.3.8. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasDigestivasPersona_}, 'otras')</p>
<p>3.a.4. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido anemia o alguna otra enfermedad hematológica (de la sangre)? <i>Puede seleccionar varias opciones</i></p>	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
<p>3.a.4.0. Describa qué otra enfermedad hematológica</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasHematologicasPersona_}, 'otras')</p>
<p>3.a.4.1. ¿A qué edad le apareció Anemia a \${nombre_persona2}?</p>	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasHematologicasPersona_}, 'anemia')</p>

3.a.4.2. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasHematologicasPersona_}, 'otras')
3.a.5. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades renales que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica <input type="checkbox"/> Cálculos/Piedras en el riñón <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.5.0. Describa qué otra enfermedad renal que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona_}, 'otras')
3.a.5.1. ¿A qué edad le apareció insuficiencia renal crónica a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona_}, 'insuficienciaRenal')
3.a.5.2. ¿A qué edad le aparecieron Cálculos/Piedras en el riñón a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona_}, 'calculosRinnon')
3.a.5.3. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona_}, 'otras')
3.a.5.4. ¿Necesita o ha necesitado hacer diálisis?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona_}, 'insuficienciaRenal')</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
3.a.6. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades de la piel que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.6.0. Describa qué enfermedad/es de la piel	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'otras')
3.a.6.1. ¿A qué edad le apareció Dermatitis a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'dermatitis')
3.a.6.2. ¿A qué edad le apareció Psoriasis a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'psoriasis')
3.a.6.3. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'otras')
3.a.7. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades ginecológicas que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Alteraciones en la menstruación <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios <input type="checkbox"/> Infecciones que se repiten en la vagina y el útero (candidiasis, etc)

	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.7.0. Describa qué otra enfermedad ginecológica que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasGinecologicasPersona_}, 'otras')
3.a.7.1. ¿Qué alteraciones?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasGinecologicasPersona_}, 'alteracionesMenstruacion')
3.a.7.2. ¿A qué edad le aparecieron Alteraciones en la menstruación a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasGinecologicasPersona_}, 'alteracionesMenstruacion')
3.a.7.3. ¿A qué edad le aparecieron Quistes en ovarios a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasGinecologicasPersona_}, 'quistesOvarios')
3.a.7.4. ¿A qué edad le aparecieron Infecciones recurrente en el tracto genital femenino a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasGinecologicasPersona_}, 'infecciones')
3.a.7.5. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasGinecologicasPersona_}, 'otras')
3.a.8. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades metabólicas que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 (requiere de inyecciones de insulina) <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 (se puede tratar con una dieta y ejercicio físico aunque puede necesitar de inyecciones de insulina) <input type="checkbox"/> Disminución de la función de la tiroide (Hipotiroidismo) <input type="checkbox"/> Aumento de la función de la tiroide (Hipertiroidismo) . <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Osteoporosis/ huesos debiles <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.8.0. Describa qué otra enfermedad metabólica que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}, 'otras')
3.a.8.1. ¿A qué edad le apareció Diabetes tipo 1 a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}, 'diabetes1')
3.a.8.2. ¿A qué edad le apareció Diabetes tipo 2 a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}, 'diabetes2')
3.a.8.3. ¿A qué edad le apareció Disminución de la función de la tiroide (Hipotiroidismo) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_} hipotiroidismo'

3.a.8.4. ¿A qué edad le apareció Aumento de la función de la tiroide (Hipertiroidismo) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}'hipertiroidismo
3.a.8.5. ¿A qué edad le apareció Obesidad a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}, 'obesidad')
3.a.8.6. ¿A qué edad le apareció Osteoporosis a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}, 'Osteoporosis'
3.a.8.7. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}, 'otras')
3.a.9. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades autoinmunes que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.9.0. Describa qué otra enfermedad autoinmune que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasAutoinmunesPersona_}, 'otras')
3.a.9.1. ¿A qué edad le apareció Esclerosis múltiple a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasAutoinmunesPersona_}, 'esclerosisMultiple')
3.a.9.2. ¿A qué edad le apareció Lupus a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasAutoinmunesPersona_}, 'lupusEritematoso')
3.a.9.3. ¿A qué edad le apareció Artritis reumatoidea (Inflamación de las articulaciones/Articulaciones rojas, calientes, aumentadas de tamaño) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasAutoinmunesPersona_}, 'artritisReumatoidea')
3.a.9.4. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasAutoinmunesPersona_}, 'otras')
3.a.10. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades neurológicas que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> ACV (accidente cerebro vascular) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.10.0. Describa qué otra enfermedad neurológica que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasNeurologicasPersona_}, 'otras')

3.a.10.1. ¿A qué edad tuvo un ACV \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasNeurologicasPersona_}, 'acv')
3.a.10.2. ¿A qué edad le apareció Enfermedad de Parkinson a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasNeurologicasPersona_}, 'parkinson')
3.a.10.3. ¿A qué edad le apareció Enfermedad de Alzheimer a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasNeurologicasPersona_} 'alzheimer')
3.a.10.4. ¿A qué edad le apareció Demencia a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasNeurologicasPersona_}, 'senil')
3.a.10.5. ¿A qué edad le apareció Epilepsia a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasNeurologicasPersona_}, 'epilepsia')
3.a.10.6. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasNeurologicasPersona_}, 'otras')
3.a.11. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna condición de salud mental o enfermedad psiquiátrica que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad (ataque de pánico ataque ansiedad) <input type="checkbox"/> Psicosis (esquizofrenia, bipolaridad, etc) <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño <input type="checkbox"/> Espectro autista <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.a.11.0. Describa qué otra condición de salud mental o enfermedad psiquiátrica que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona_}, 'otras')
3.a.11.1. ¿A qué edad le apareció Depresión a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona_}'depresion')
3.a.11.2. ¿A qué edad le apareció Ansiedad a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona_}, 'ansiedad')
3.a.11.3. ¿A qué edad le apareció Psicosis (esquizofrenia, bipolaridad, etc) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona_}, 'psicosis')
3.a.11.4. ¿A qué edad le aparecieron Trastornos del sueño a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona_}, 'trastornosDelSuenno')
3.a.11.5. ¿A qué edad le apareció Espectro autista a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona_}, 'autista')

3.a.11.6. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona_}, 'otras')
3.a.12. ¿\${nombre_persona2} ha tenido alguna condición congénita? Es decir alguna condición o problema de salud que esté presente desde el nacimiento	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
3.a.12.0. Describa qué anomalía/s congénita/s	Como seleccionó para {tuvo_cronicascongenitasPersona_} = 'si'
3.a.13. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido cáncer? ¿Qué tipo/s? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Sistema digestivo (Esófago, estomago, intestino delgados, colon, páncreas, etc) <input type="checkbox"/> Aparato genital femenino (Endometrio, cervix, ovario, vulva, mama) <input type="checkbox"/> Aparato respiratorio (Laringe, traquea, pulmón) <input type="checkbox"/> Aparato urinario (Riñones, vejiga) <input type="checkbox"/> Aparato genital masculino (Testículo, próstata) <input type="checkbox"/> Sistema endocrino (Tiroides, suprarrenales) <input type="checkbox"/> Sistema nervioso central (Cerebro, medula) <input type="checkbox"/> Cánceres de la sangre (Hematológicos como Linfoma, leucemia) <input type="checkbox"/> Tumores de piel <input type="checkbox"/> Del Músculo/Huesos (Aparato musculoesquelético como Sarcomas, osteocondromas, etc) <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro
3.a.13.0. Describa qué tipo de cáncer tiene o ha tenido \${nombre_persona2}	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'otras')
3.a.13.1. ¿Qué tipo de tumor de Sistema digestivo le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'digestivo') <input type="radio"/> Esófago, estómago, intestino delgado, colon, rectosigma, ano. <input type="radio"/> Páncreas, vesícula, hígado, vías biliares. <input type="radio"/> Buconasal (cavum, base de boca, faringe)
3.a.13.1.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Sistema digestivo a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'digestivo')
3.a.13.1.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'digestivo')
3.a.13.2. ¿Qué tipo de tumor de Aparato genital femenino le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalFemenino')

	<input type="radio"/> Endometrio, cuello de útero, vulva, vagina. <input type="radio"/> Mama, ovario
3.a.13.2.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato genital femenino a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalFemenino')
3.a.13.2.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalFemenino')
3.a.13.3. ¿Qué tipo de tumor de Aparato genital masculino le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<input type="radio"/> Próstata <input type="radio"/> Testículos <input type="radio"/> Otros Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalMasculino')
3.a.13.3.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato genital masculino a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalMasculino')
3.a.13.3.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalMasculino')
3.a.13.4. ¿Qué tipo de tumor del Aparato respiratorio le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<input type="radio"/> Laringe <input type="radio"/> Pulmón, tráquea Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'respiratorio')
3.a.13.4.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato respiratorio a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'respiratorio')
3.a.13.4.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'respiratorio')
3.a.13.5. ¿Qué tipo de tumor del Aparato urinario le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<input type="radio"/> Riñones, vejiga Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'urinario')
3.a.13.5.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato urinario a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'urinario')
3.a.13.5.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'urinario')

3.a.13.6. ¿Qué tipo de tumor del Sistema endócrino le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'endocrino')</p> <input type="radio"/> Tiroides <input type="radio"/> Suprarrenal
3.a.13.6.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Sistema endocrino a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'endocrino')</p>
3.a.13.6.2. ¿Desea especificar algo más?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'endocrino')</p>
3.a.13.7. ¿Qué tipo de tumor del Sistema nervioso central le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'sistemaNerviosoCentral')</p> <input type="radio"/> Ojo, Cerebro, Médula, Meninges
3.a.13.7.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Sistema nervioso central a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'sistemaNerviosoCentral')</p>
3.a.13.7.2. ¿Desea especificar algo más?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'sistemaNerviosoCentral')</p>
3.a.13.7.2. ¿Qué tipo de tumor Hematológico le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos')</p> <input type="radio"/> Linfoma <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> Mieloma
3.a.13.8. ¿Qué tipo de Linfoma le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos') and Como seleccionó para {cronicasTumoreshematolog ...</p> <input type="radio"/> Hodgking <input type="radio"/> No Hodgking <input type="radio"/> Sin especificar
3.a.13.8.1. ¿A qué edad le apareció cáncer hematológico a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos')</p>
3.a.13.8.2. ¿Desea especificar algo más?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos')</p>
3.a.13.9. ¿Qué tipo de tumor de Piel le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	<p>Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'dePiel')</p> <input type="radio"/> Melanoma, Otros

3.a.13.9.1 ¿A qué edad le apareció cáncer de piel a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'dePiel')
3.a.13.9.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'dePiel')
3.a.13.10. ¿Qué tipo de tumor del Aparato musculoesquelético le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'muscoesqueletico') <input type="radio"/> Sarcomas <input type="radio"/> Osteocondromas <input type="radio"/> Sin especificar
3.a.13.10.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato musculoesquelético (Sarcomas, osteocondromas, etc) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'muscoesqueletico')
3.a.13.10.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'muscoesqueletico')
3.a.13.11. ¿A qué edad le apareció otro a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'otras')
3.a.13.11.1 ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'otras')
b. Ahora vamos a continuar con los niños/as y adolescentes integrantes del hogar	`\${edad_persona2} < 19
3.b.1. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades respiratorias que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Congestión nasal persistente (Rinitis alérgica crónica)/sinusitis <input type="checkbox"/> Asma/Broncoespasmos/Bronquiolitis <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otras
3.b.1.0. Describa qué otra enfermedad respiratoria que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona2_}, 'otras')
3.b.1.1. ¿A qué edad le apareció congestión nasal persistente (Rinitis alérgica crónica) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona2_}, 'rinitis')
3.b.1.2. ¿A qué edad le apareció asma/broncoespasmos/bronquiolitis a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona2_}, 'asma')

3.b.1.3. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRespiratoriasPersona2_}, 'otras')
3.b.2. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades renales que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Problemas en el riñón (Insuficiencia renal crónica) <input type="checkbox"/> Malformación del sistema renal-urinario y genital <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otras
3.b.2.0. Describa qué otra enfermedad renal que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona2_}, 'otras')
3.b.2.1. ¿A qué edad le apareció Insuficiencia renal crónica (Deterioro paulatino e irreversible de la función renal) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona2_}, 'insuficienciaRenal')
3.b.2.2. ¿Qué Malformación del sistema renal padece?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona2_}, 'malformacionSistemaRenal')
3.b.2.4. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasRenalesPersona2_}, 'otras')
3.b.3. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades de la piel que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.b.3.0. Describa qué enfermedad/es de la piel	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'otras')
3.b.3.1. ¿A qué edad le apareció Dermatitis a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'dermatitis')
3.b.3.2. ¿A qué edad le apareció Psoriasis a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'psoriasis')
3.b.3.3. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPielPersona_}, 'otras')
3.b.4. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido alguna de las enfermedades metabólicas que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 (requiere de inyecciones de insulina) <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 (se puede tratar con una dieta y ejercicio físico aunque puede necesitar de inyecciones de insulina) <input type="checkbox"/> Disminución de la función de la tiroide (Hipotiroidismo) <input type="checkbox"/> Aumento de la función de la tiroide Hipertiroidismo (Hipertiroidismo) . <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta

	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.b.4.0. Describa qué otra enfermedad endocrinometabólica que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona_}, 'otras')
3.b.4.1. ¿A qué edad le apareció Diabetes tipo 1 a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona2_}, 'diabetes1')
3.b.4.2. ¿A qué edad le apareció Diabetes tipo 2 a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona2_}, 'diabetes2')
3.b.4.3. ¿A qué edad le apareció Disminución de la función de la tiroide (Hipotiroidismo) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona2_}, 'hipotiroidismo')
3.b.4.4. ¿A qué edad le apareció Aumento de la función de la tiroide (Hipertiroidismo) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona2_}, 'hipertiroidismo')
3.b.4.5. ¿A qué edad le apareció Obesidad a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona2_}, 'obesidad')
3.b.4.6. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasEndocrinoPersona2_}, 'otras')
3.b.5. ¿\${nombre_persona2} tiene alguna condición de salud mental o enfermedad psiquiátrica que le voy a leer a continuación? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad (ataque de pánico ataque ansiedad) <input type="checkbox"/> Psicosis (esquizofrenia, bipolaridad, etc) <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño <input type="checkbox"/> Espectro autista <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras
3.b.5.0. Describa qué otra condición de salud mental o enfermedad psiquiátrica que no haya mencionado	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona2_}, 'otras')
3.b.5.1. ¿A qué edad le apareció Ansiedad a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona2_}, 'ansiedad')
3.b.5.2. ¿A qué edad le apareció Psicosis (esquizofrenia, bipolaridad, etc) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona2_}, 'psicosis')
3.b.5.3. ¿A qué edad le apareció Retraso mental a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona2_}, 'retrasoMental')

3.b.5.4. ¿A qué edad le aparecieron Trastornos de déficit de atención/hiperactividad a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona2_}, 'trastornosAtencion')
3.b.5.5. ¿A qué edad le apareció Espectro autista a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona2_}, 'autista')
3.b.5.6. ¿A qué edad le apareció Otras (mencionar nombre) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasPsiquiatricasPersona2_}, 'otras')
3.b.6. ¿\${nombre_persona2} ha tenido alguna condición congénita? Es decir alguna condición o problema de salud que esté presente desde el nacimiento	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
3.b.6.1. Describa qué anomalía/s congénita/s	Como seleccionó para {tuvo_cronicasCongenitasPersona2_} = 'si'
3.b.7. ¿\${nombre_persona2} tiene o ha tenido cáncer? ¿qué tipo/s? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Sistema digestivo (Esófago, estomago, intestino delgados, colon, páncreas, etc) <input type="checkbox"/> Aparato genital femenino (Endometrio, cervix, ovario, vulva, mama) <input type="checkbox"/> Aparato respiratorio (Laringe, traquea, pulmón) <input type="checkbox"/> Aparato urinario (Riñones, vejiga) <input type="checkbox"/> Aparato genital masculino (Testículo, próstata) <input type="checkbox"/> Sistema endocrino (Tiroides, suprarrenales) <input type="checkbox"/> Sistema nervioso central (Cerebro, medula) <input type="checkbox"/> Cánceres de la sangre (Hematológicos como Linfoma, leucemia) <input type="checkbox"/> Tumores de piel <input type="checkbox"/> Del Músculo/Huesos (Aparato musculoesquelético como Sarcomas, osteocondromas, etc) <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro
3.b.7.0. Describa qué tumor maligno/cáncer tiene o ha tenido \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona2_}, 'otras')
3.b.7.1. ¿Qué tipo de tumor de Sistema digestivo le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'digestivo') <input type="radio"/> Esófago, estómago, intestino delgado, colon, rectosigma, ano. <input type="radio"/> Páncreas, vesícula, hígado, vías biliares. <input type="radio"/> Bucasal (cavum, base de boca, faringe)
3.b.7.1.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Sistema digestivo a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'digestivo')

3.b.7.1.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'digestivo')
3.b.7.2. ¿Qué tipo de tumor de Aparato genital femenino le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalFemenino') <input type="radio"/> Endometrio, cuello de útero, vulva, vagina. <input type="radio"/> Mama, ovario
3.b.7.2.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato genital femenino a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalFemenino')
3.b.7.2.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalFemenino')
3.b.7.3. ¿Qué tipo de tumor de Aparato genital masculino le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalMasculino') <input type="radio"/> Próstata <input type="radio"/> Testículos <input type="radio"/> Otros
3.b.7.3.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato genital masculino a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalMasculino')
3.b.7.3.2 ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'genitalMasculino')
3.b.7.4. ¿Qué tipo de tumor del Aparato respiratorio le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'respiratorio') <input type="radio"/> Laringe <input type="radio"/> Pulmón, tráquea
3.b.7.4.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato respiratorio a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'respiratorio')
3.b.7.4.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'respiratorio')
3.b.7.5. ¿Qué tipo de tumor del Aparato urinario le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'urinario') <input type="radio"/> Riñones, vejiga

3.b.7.5.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato urinario a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'urinario')
3.b.7.5.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'urinario')
3.b.7.6. ¿Qué tipo de tumor del Sistema endócrino le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'endocrino') <input type="radio"/> Tiroides <input type="radio"/> Suprarrenal
3.b.7.6.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Sistema endocrino a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'endocrino')
3.b.7.6.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'endocrino')
3.b.7.7. ¿Qué tipo de tumor del Sistema nervioso central le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'sistemaNerviosoCentral') <input type="radio"/> Ojo, Cerebro, Médula, Meninges
3.b.7.7.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Sistema nervioso central a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'sistemaNerviosoCentral')
3.b.7.6.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'endocrino')
3.b.7.7.2. ¿Qué tipo de tumor Hematológico le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos') <input type="radio"/> Linfoma <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> Mieloma
3.b.7.8. ¿Qué tipo de Linfoma le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos') and Como seleccionó para {cronicasTumoreshematolog ... <input type="radio"/> Hodgking <input type="radio"/> No Hodgking <input type="radio"/> Sin especificar
3.b.7.8.1. ¿A qué edad le apareció cáncer hematológico a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos')
3.b.7.8.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'hematologicos')

3.b.7.9. ¿Qué tipo de tumor de Piel le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'dePiel') <input type="radio"/> Melanoma, Otros
3.b.7.9.1 ¿A qué edad le apareció cáncer de piel a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'dePiel')
3.b.7.9.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'dePiel')
3.b.7.10. ¿Qué tipo de tumor del Aparato musculoesquelético le fue diagnosticado a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'muscoesqueletico') <input type="radio"/> Sarcomas <input type="radio"/> Osteocondromas <input type="radio"/> Sin especificar
3.b.7.10.1. ¿A qué edad le apareció cáncer de Aparato musculoesquelético (Sarcomas, osteocondromas, etc) a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'muscoesqueletico')
3.b.7.10.2. ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'muscoesqueletico')
3.b.7.11. ¿A qué edad le apareció otro a \${nombre_persona2}?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'otras')
3.b.7.11.1 ¿Desea especificar algo más?	Como seleccionó para {tuvo_cronicasTumoresPersona_}, 'otras')
4. En esta parte de la encuesta vamos a hacerles algunas preguntas relacionadas a la salud sexual y reproductiva de los/as integrantes de la casa.	
4.1. ¿Alguno/a de los miembros de la casa tuvo alguno/s de los siguientes problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/> Alteraciones en la fertilidad masculina (buscó más de un año) <input type="checkbox"/> Problemas para quedar embarazada (buscó más de un año) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Otros
4.1.1. ¿Quién/es?	Como seleccionó para {problemasFertilidadCasa}, 'alteracionesFertilidadMasc') or Como seleccionó para {problemasFertilid ...

4.2. ¿Alguna de las integrantes de la casa tuvo su primera menstruación (menarca) antes de los 10 años?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
4.2.1. ¿Cuántas integrantes?	Como seleccionó para {primera_menstruacion} = 'si'
4.3.1. ¿Cuántos embarazos tuvo \${nombreActual} en los últimos 20 años? <i>Si la respuesta es ninguno poner 0 (cero)</i>	4.3. se repite N veces según respuesta de 1.1. y 1.1.2 (mujeres y otros)
4.3.2. ¿Cuántos embarazos de \${nombreActual} presentaron complicaciones o fueron embarazos perdidos? <i>Si la respuesta es ninguno poner 0 (cero)</i>	Como respondió que tuvo algún embarazo
4.3.3. Para la complicación/pérdida del embarazo (Número \${posicionEmbarazo} de \${nombreActual}) ¿En qué año fue el embarazo?	4.4.1 se repite N veces según respuesta de 4.4.
4.3.4. ¿En qué consistió la complicación/pérdida del embarazo (Número \${posicionEmbarazo} de \${nombreActual})? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes preexistente que complica el embarazo <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Preclampsia/hipertension en el embarazo <input type="checkbox"/> Convulsiones/HELLP <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas. Bolsa rota precozmente <input type="checkbox"/> Trastornos de placenta. Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta <input type="checkbox"/> Prematurez <input type="checkbox"/> Anomalia Congénita <input type="checkbox"/> Pérdida <input type="checkbox"/> Interrupción Voluntaria del Embarazo <input type="checkbox"/> Otras
4.3.4.1. Describa	Como seleccionó para {queComplicacionesEmbarazo}, 'otras')
4.3.4.2. ¿Qué anomalía congénita?	Como seleccionó para {queComplicacionesEmbarazo}, 'anomaliaCongenita')
4.3.4.3. ¿En qué trimestre (del embarazo) lo perdió?	Como seleccionó para {queComplicacionesEmbarazo}, 'perdida') <input type="radio"/> Primer trimestre <input type="radio"/> Segundo trimestre

	<input type="radio"/> Tercer trimestre <input type="radio"/> Desconoce
4.3.4.4. ¿Cuál fue la causa de la pérdida?	Como seleccionó para {queComplicacionesEmbarazo}, 'perdida')
5. Ya falta muy poco para finalizar la encuesta. En esta parte vamos a preguntarle sobre las personas que fallecieron en los últimos 20 años y que vivían en esta casa. Siéntase cómodo/a de pedir detener la encuesta si así lo desea.	
5.1. ¿En los últimos 20 años, ¿ha fallecido alguna persona que, al momento de su fallecimiento, vivía en esta casa?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta

Si se responde No o No sabe / No contesta se sigue a 6. Si se responde Si se abre una ventana de diálogo que pregunta si se quiere agregar un Nuevo Grupo/Ciclo de “5. Información por persona Fallecida”. Se Agrega un grupo por cada persona fallecida y se hacen las preguntas 5.2. a 5.7. para cada persona fallecida.

5.2. ¿Cuál era su nombre?	
5.3. ¿Cuál era su sexo?	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro
5.4. ¿Qué edad tenía cuando falleció?	
5.5. ¿En qué año falleció?	
5.6. ¿Cuál fue la causa?	<input type="radio"/> Violenta / causa externa / accidentes <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Causas cardiovasculares <input type="radio"/> Causas neurológicas y cerebrovasculares <input type="radio"/> Causas infecciosas <input type="radio"/> Causas respiratorias <input type="radio"/> Tumores malignos <input type="radio"/> Otros
5.6.1. ¿Qué tipo de cáncer o tumor maligno?	<p>Como seleccionó para {causaFallecimiento}, 'tumores')</p> <input type="checkbox"/> Sistema digestivo (Esófago, estomago, intestino delgados, colon, páncreas, etc) <input type="checkbox"/> Aparato genital femenino (Endometrio, cervix, ovario, vulva, mama) <input type="checkbox"/> Aparato respiratorio (Laringe, traquea, pulmón) <input type="checkbox"/> Aparato urinario (Riñones, vejiga) <input type="checkbox"/> Aparato genital masculino (Testículo, próstata) <input type="checkbox"/> Sistema endocrino (Tiroides, suprarrenales)

	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso central (Cerebro, medula) <input type="checkbox"/> Cánceres de la sangre (Hematológicos como Linfoma, leucemia) <input type="checkbox"/> Tumores de piel <input type="checkbox"/> Del Músculo/Huesos (Aparato musculoesquelético como Sarcomas, osteocondromas, etc) <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro
5.6.1.1 ¿Qué tipo de tumor de Sistema digestivo?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'digestivo')</p> <input type="radio"/> Esófago, estómago, intestino delgado, colon, rectosigma, ano. <input type="radio"/> Páncreas, vesícula, hígado, vías biliares. <input type="radio"/> Bucanasal (cavum, base de boca, faringe)
5.6.1.2. ¿Qué tipo de tumor de Aparato genital femenino?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'genitalFemenino')</p> <input type="radio"/> Endometrio, cuello de útero, vulva, vagina. <input type="radio"/> Mama, ovario
5.6.1.3. ¿Qué tipo de tumor de Aparato genital masculino?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'genitalMasculino')</p> <input type="radio"/> Próstata <input type="radio"/> Testículos <input type="radio"/> Otros
5.6.1.4. ¿Qué tipo de tumor del Aparato respiratorio?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'respiratorio')</p> <input type="radio"/> Laringe <input type="radio"/> Pulmón, tráquea
5.6.1.5. ¿Qué tipo de tumor del Aparato urinario?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'urinario')</p> <input type="radio"/> Riñones, vejiga
5.6.1.6. ¿Qué tipo de tumor del Sistema endócrino?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'endocrino')</p> <input type="radio"/> Tiroides <input type="radio"/> Suprarrenal
5.6.1.7. ¿Qué tipo de tumor del Sistema nervioso central?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'sistemaNerviosoCentral')</p> <input type="radio"/> Ojo, Cerebro, Médula, Meninges
5.6.1.8. ¿Qué tipo de tumor Hematológico?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'hematologicos')</p> <input type="radio"/> Linfoma <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> Mieloma
5.6.1.9. ¿Qué tipo de Linfoma?	<p style="text-align: right;">Como seleccionó para {tipoTumor}, 'hematologicos') and Como seleccionó para {tumorhematologicosfallecido}, 'linfoma')</p>

	<input type="radio"/> Hodgking <input type="radio"/> No Hodgking <input type="radio"/> Sin especificar
5.6.1.10. ¿Qué tipo de tumor de Piel?	Como seleccionó para {tipoTumor}, 'dePiel') <input type="radio"/> Melanoma, Otros
5.6.1.11. ¿Qué tipo de tumor del Aparato muscoesquelético?	Como seleccionó para {tipoTumor}, 'muscoesqueletico') <input type="radio"/> Sarcomas <input type="radio"/> Osteocondromas <input type="radio"/> Sin especificar
5.6.2. Describa la causa de fallecimiento	Como seleccionó para {causaFallecimiento}, 'otros')
5.6.3. ¿Desea agregar algo más?	Como seleccionó para {causaFallecimiento}, 'otros')
5.7. ¿Falleció en un establecimiento local o en otro lugar?	<input type="radio"/> Dentro de la localidad <input type="radio"/> Fuera de la localidad <input type="radio"/> No sabe/No contesta
5.7.1. ¿En qué provincia?	Como seleccionó para {lugarDefuncion} = 'fuera' <input type="radio"/> CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES <input type="radio"/> BUENOS AIRES <input type="radio"/> CATAMARCA <input type="radio"/> CHACO <input type="radio"/> CHUBUT <input type="radio"/> CORDOBA <input type="radio"/> CORRIENTES <input type="radio"/> ENTRE RIOS <input type="radio"/> FORMOSA <input type="radio"/> JUJUY <input type="radio"/> LA PAMPA <input type="radio"/> LA RIOJA <input type="radio"/> MENDOZA <input type="radio"/> MISIONES <input type="radio"/> NEUQUEN <input type="radio"/> RIO NEGRO <input type="radio"/> SALTA <input type="radio"/> SAN JUAN <input type="radio"/> SAN LUIS <input type="radio"/> SANTA CRUZ <input type="radio"/> SANTA FE <input type="radio"/> SANTIAGO DEL ESTERO <input type="radio"/> TIERRA DEL FUEGO <input type="radio"/> TUCUMAN

5.7.2. ¿En qué localidad?	Como seleccionó para {lugarDefuncion} = 'fuera' <input type="radio"/> Lista Completa de Localidades
5.7.3. Escriba el nombre del establecimiento de salud en donde falleció	Como seleccionó para {lugarDefuncion} = 'fuera'
6. Para finalizar vamos a hacerle algunas preguntas generales sobre la situación en la localidad. Siéntase libre de decir lo que quiera, no hay respuestas correctas o incorrectas	
6.1. ¿Cree que algunos de todos estos problemas de salud de los que hablamos están relacionados con problemas ambientales del pueblo/ciudad?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
6.1.1. ¿Qué problemas ambientales?	Como seleccionó para {creeProblemasSalud} = 'si'
6.2. ¿Cree que alguna de las siguientes opciones que le vamos a leer a continuación generan problemas de salud en este pueblo/ciudad? <i>Puede seleccionar varias opciones</i>	<input type="checkbox"/> Fumigación con agrotóxicos (fumigaciones con avión/mosquito, etc) <input type="checkbox"/> Almacenamiento de agrotóxicos <input type="checkbox"/> Agua para consumo humano contaminada <input type="checkbox"/> Almacenamiento de cereales (Silos) <input type="checkbox"/> Basurales a cielo abierto <input type="checkbox"/> Transformadores <input type="checkbox"/> Industrias <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
6.2.1. ¿Cómo/con qué está contaminada el agua?	Como seleccionó para {listaCausasFuentes}, 'aguaConsumoContaminada')
6.2.2. ¿Qué industrias contaminantes?	Como seleccionó para {listaCausasFuentes}, 'industrias')
6.2.3. Describa qué otra/s causa/s	Como seleccionó para {listaCausasFuentes}, 'otros')
6.3. ¿Cree que los agrotóxicos generan problemas de salud?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
6.4. En los últimos años, ¿Le ha llamado la atención alteraciones en las plantas o animales de la casa?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
6.4.1. ¿Cuáles?	§{alteracionesFloraFauna} = 'si'

	<input type="checkbox"/> Plantas que se secan <input type="checkbox"/> Hojas deformes <input type="checkbox"/> Frutos deformes <input type="checkbox"/> Malformaciones en animales nacidos <input type="checkbox"/> Animales nacidos prematuros <input type="checkbox"/> Caída del pelo en animales <input type="checkbox"/> Otras
6.4.2. Describa qué otras alteraciones ha observado	Como seleccionó para {cualesAlteracionesFlora}, 'otras')
6.5. ¿Se fumiga sobre o cerca de las escuelas o clubes del pueblo/ciudad?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
6.6. En los establecimientos de salud donde se atienden: ¿Recibió algún tipo de información sobre los problemas de salud que generan los agrotóxicos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
6.7. ¿Está satisfecho/a con cómo los gobiernos abordan los problemas de los agrotóxicos?	<input type="radio"/> Muy satisfecho <input type="radio"/> Satisfecho <input type="radio"/> Disconforme <input type="radio"/> Muy disconforme AGREGAR No sabe/No contesta
6.8. ¿Sabe lo que es la agroecología?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe / No contesta
6.9. Antes de terminar la encuesta: ¿Quiere agregar algo?	
7. Se ha finalizado el cuestionario para realizar a los integrantes de la casa. Los siguientes items/preguntas son para que las conteste sólo el/la ENCUESTADOR/A	
7.1.1. Nombre del encuestador/a	
7.1.2. Nombre del encuestador/a	
7.2. Provincia	<input type="radio"/> CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES <input type="radio"/> BUENOS AIRES <input type="radio"/> CATAMARCA <input type="radio"/> CHACO <input type="radio"/> CHUBUT <input type="radio"/> CORDOBA <input type="radio"/> CORRIENTES <input type="radio"/> ENTRE RIOS <input type="radio"/> FORMOSA <input type="radio"/> JUJUY <input type="radio"/> LA PAMPA

	<input type="radio"/> LA RIOJA <input type="radio"/> MENDOZA <input type="radio"/> MISIONES <input type="radio"/> NEUQUEN <input type="radio"/> RIO NEGRO <input type="radio"/> SALTA <input type="radio"/> SAN JUAN <input type="radio"/> SAN LUIS <input type="radio"/> SANTA CRUZ <input type="radio"/> SANTA FE <input type="radio"/> SANTIAGO DEL ESTERO <input type="radio"/> TIERRA DEL FUEGO <input type="radio"/> TUCUMAN
7.3. Localidad <i>Localidad en la que se hace la encuesta.</i>	<input type="radio"/> Lista Completa de Localidades
7.4. Dirección <i>Calle y número o parámetro de referencia (manzana, lote, etc)</i>	
7.5. Seleccione cómo va a adquirir la ubicación GPS <i>Es importante tener la ubicación GPS. Siempre que pueda elija la primer opción</i>	<input type="radio"/> Con el teléfono automáticamente <input type="radio"/> Manualmente con otro dispositivo. Se necesitan los datos de grados (G), minutos (M) y segundos (S) en el formato GG°MM'SS"
7.5.1. Ubicación GPS	Se obtiene con el celular. Si seleccionó 'automatico'
7.5.2. Latitud <i>Escriba la ubicación con el formato: S GG°MM'SS"</i>	Si seleccionó 'manual'
7.5.3. Longitud <i>Escriba la ubicación con el formato: O GG°MM'SS"</i>	Si seleccionó 'manual'
7.6. Como encuestadores, ¿quieren agregar o destacar algo que no haya quedado asentado en la encuesta?	