

9. En un día típico, ¿tiene usted un horario de trabajo regular?

No 0 → **GO TO QUESTION 12**
Sí 1

10. ¿A qué hora comienza usted a trabajar normalmente? : am / pm

11. ¿A qué hora termina usted de trabajar normalmente? : am / pm

12. ¿Cuántos días al mes trabaja usted horas adicionales además de su horario normal de trabajo?

Días al mes

13. ¿Cuál de los siguientes turnos describe mejor su horario normal de trabajo? (Mark only one)

- Turno de la mañana 1
- Turno de la tarde 2
- Turno de la noche 3
- Turno dividido en dos 4
- Turno irregular/estar disponible cuando se le necesite 5
- Turnos rotativos 6

14. En su trabajo actual, ¿alguna vez trabaja tarde durante el turno de la noche (después de la medianoche)?

No 0 → **GO QUESTION 16**
Sí 1

15. ¿Trabaja usted en el turno de la noche (después de la medianoche)...?

- Usualmente 1
- A veces 2
- Rotativamente 3 (Por favor, especifique): _____

B. Current Occupation(s)

16. ¿En cuál empleo trabaja usted actualmente la mayor cantidad de horas por semana?

_____ Occupation

Occupation Code (Select occupation code from list A)

17. ¿Cuántas horas por semana trabaja usted en este empleo? Número de horas a la semana

18. ¿Tiene usted algún otro empleo en el cual trabaja aparte del empleo donde trabaja la mayor cantidad de horas por semana?

No 0 → **GO TO QUESTION 21**
Sí 1

19. ¿Cuántas horas por semana trabaja usted en ese empleo? Número de horas a la semana

20. ¿Qué hace en ese trabajo? _____ Occupation

Occupation Code (Select occupation code from list A)

C. Occupational Exposures – Current Job(s)

21. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia hace ruido de tal manera que usted necesita hablar en voz alta o más fuerte para que se le escuche cuando una persona está a dos pies de distancia)?

- Nunca 1
- 25% del tiempo 2
- 50% 3
- 75% 4
- 100% 5
- De vez en cuando 6
- No sabe 9

22. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia usted usa protección para su audición (oídos)?

- Nunca 1
- 25% del tiempo 2
- 50% 3
- 75% 4
- 100% 5
- De vez en cuando 6
- No sabe 9

23. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia está usted en contacto con algún tipo de solventes orgánicos, por ejemplo, estireno, tricloroetileno, tolueno o xileno?

- Nunca 1
- 25% del tiempo 2
- 50% 3
- 75% 4
- 100% 5
- De vez en cuando 6
- No sabe 9

24. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia está usted en contacto con metales tales como manganeso, plomo o mercurio?

- Nunca 1
- 25% del tiempo 2
- 50% 3
- 75% 4
- 100% 5
- De vez en cuando 6
- No sabe 9

25. En su empleo actual o sus empleos actuales, ¿está usted en contacto con vapores, gas, polvo o humo en su lugar de trabajo?

- No 0 → **GO TO QUESTION 27**
- Sí 1

26. ¿Con qué frecuencia usa usted un respirador durante su trabajo actual o sus trabajos actuales?

- | | | |
|------------------|---|--------------------------|
| Nunca | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 25% del tiempo | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 50% | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 75% | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 100% | 5 | <input type="checkbox"/> |
| De vez en cuando | 6 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |

27. En su empleo o sus empleos actuales, ¿está usted en contacto con las siguientes sustancias?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. pinturas, barnices, lacas | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. gomas de pegar, pastas u otros adhesivos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. ácidos o álcalis | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. pesticidas | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. polvos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. polvo de madera | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. soluciones de limpieza o desinfectantes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. productos del petróleo que no sean solventes
(como grasa, aceite o combustible) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. lubricantes de corte, lubricantes de máquinas o
líquidos para metales de maquinarias | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. humo de madera quemada | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. humo de soldadura | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| l. humo de tabaco | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| m. humo de tubo de escape de vehículos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| n. emanaciones de cocina | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| o. solventes o desengrasadores | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

D. Occupational Exposures – Longest Held Type of Job

28. ¿Qué tipo de empleo ha tenido usted la mayor parte del tiempo?

_____ Occupation

Occupation Code (Select occupation code from list A)

29. ¿En qué año comenzó usted a hacer este tipo de trabajo? (4 digit year)

30. ¿Cuántos años ha hecho o hizo ese tipo de trabajo?

(Whole number between 1 and 99)

31. ¿Es el empleo donde trabaja la mayor cantidad de horas actualmente, el tipo de trabajo que ha tenido usted la mayor parte del tiempo?

No 0
Sí 1 → **GO TO QUESTION 38**

32. ¿Cuál fue el último año en que usted ha trabajado o había trabajado haciendo esa labor?

(4 digit year)

33. ¿Cuántas horas por semana trabaja o trabajó usted en ese tipo de empleo?

(Whole number between 1 and 99)

34. En ese empleo, ¿con qué frecuencia hace o hacía ruido de tal manera de usted necesitaba hablar en voz alta o hablar más fuerte para que se le escuche cuando una persona está a dos pies de distancia?

- | | | |
|------------------|---|--------------------------|
| Nunca | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 25% del tiempo | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 50% | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 75% | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 100% | 5 | <input type="checkbox"/> |
| De vez en cuando | 6 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |

35. En ese empleo, ¿con qué frecuencia usa o usó usted protección para su audición (oídos)?

- | | | |
|------------------|---|--------------------------|
| Nunca | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 25% del tiempo | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 50% | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 75% | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 100% | 5 | <input type="checkbox"/> |
| De vez en cuando | 6 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |

36. ¿Está o estaba usted en contacto con vapores, gas, polvo o humo mientras estaba en ese empleo?

No 0 → **GO TO QUESTION 38**
Sí 1

37. ¿Con qué materiales estaba en contacto en ese empleo?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. pinturas, barnices, lacas | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. gomas de pegar, pastas u otros adhesivos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. ácidos o álcalis | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. pesticidas | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. polvos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. polvo de madera | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. soluciones de limpieza o desinfectantes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. productos del petróleo que no sean solventes
(como grasa, aceite o combustible) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. lubricantes de corte, lubricantes de máquinas o
líquidos para metales de maquinarias | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. humo de madera quemada | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. humo de soldadura | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| l. humo de tabaco | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| m. humo de tubo de escape de vehículos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| n. emanaciones de cocina | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| o. solventes o desengrasadores | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

ID NUMBER:									FORM CODE: OCS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

E. Other Job(s)

Ahora voy a preguntarle sobre algún otro empleo ruidoso que usted haya tenido por un año o más.

38. ¿Ha tenido usted cualquier otro trabajo ruidoso (por un año o más) donde tenía que hablar en voz alta o más fuerte para que lo escucharan?

- No 0
- Sí 1
- No sabe 9

ID NUMBER:									FORM CODE: OCS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

List A: Occupational Codes for Question 3, 15, 19, and 27

- 01 **Senior professional/technical worker** (doctor, professor, lawyer, architect, engineer)
- 02 **Junior professional/Technical worker** (midwife, nurse, teacher, editor, photographer)
- 03 **Administrator/executive/manager** (working proprietor, government official, section chief, department or bureau director, administrative cadre, village leader)
- 04 **Office staff** (secretary, office helper)
- 05 **Farmer, fisherman, hunter**
- 06 **Skilled worker** (foreman, group leader, craftsman)
- 07 **Non-skilled worker** (ordinary laborer, construction, yard, migrant laborer)
- 08 **Army officer, police officer**
- 09 **Ordinary soldier, policeman**
- 10 **Driver**
- 11 **Service worker** (housekeeper, cook, waiter, doorkeeper, hairdresser, counter salesperson, launderer, child care worker)
- 12 **Athlete, actor, musician**
- 13 **Other**
- 99 **Don't know/refused**