

ANEXO 2

Cuestionario de neumonitis por hipersensibilidad

Alvaro Undurraga P. y Felipe Reyes C.
Comisión de Enfermedades pulmonares intersticiales difusas de la
Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.
Adaptado y traducido al español del cuestionario de la Universidad de California
en San Francisco (UCSF)¹

1.- https://www.ucsfhealth.org/pdf/initial_questionnaire_form_ild.pdf

Datos personales	
Nombre:	Edad:
Rut:	Dirección:

Por favor, responda “SÍ” o “NO” a las siguientes preguntas.

General	
Año aproximado en el cual fue construida su vivienda actual: _____	
Dirección (incluyendo ciudad): _____	
¿Cuánto tiempo ha vivido ahí? _____	
Es el lugar: 1. Urbano 2. Rural	
¿Usted, inmigró a Chile?	
Si es así, de qué país/área: _____	
¿En qué año inmigró? _____	
¿Su casa u oficina huele a moho? (hongos de humedad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su vivienda se ha inundado en alguna oportunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existe daños por agua en las paredes o techos? <i>Trate de mirar tras los muebles pegados a la pared de sus habitaciones (manchas negras)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su vivienda tiene cubrepiso o alfombra? ¿Cuántos años? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿la limpia regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La alfombra fue instalada sobre el cemento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted o visita a menudo un jacuzzi, sauna, tina caliente (<i>hot tube</i>)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia lo utiliza? _____	
¿Tiene usted algún ave? (animal o anidamientos) en su propiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿cuáles?	
1. Palomas 2. Caturras 3. Canarios 4. Otros	
(especificar) _____	
¿Cuánto tiempo han estado ahí? _____ días/semanas/meses/años	
En qué lugar se encontraba(n) la(s) ave(s) ? _____	
¿Tiene algún tipo de decoración, ropa o mueble con plumas de ave? (por ejemplo: almohada de plumas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene plantas en su casa u oficina? ¿Cuántas? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene peceras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Los marcos de las ventanas de su casa o lugar de trabajo, muestran alguna señal de moho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usa aire acondicionado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usa humidificadores, deshumidificadores o vaporizadores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usa limpiadores de ozono, filtro de aire de alta frecuencia o algún otro filtro de aire?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún Sistema de recolección de agua, depósito o alguna unidad de almacenamiento de agua? Especifique:_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calefacción en el hogar		
¿En su sistema de calefacción, hay moho u hongos en los filtros?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usa la estufa de leña al menos una vez a la semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cocina		
¿Existe algún electrodoméstico o fregadero que gotee agua o muestre señales de daño por humedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su lavaplatos tiene alguna fuga o tiene olor a moho, hongos o humedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Baño		
¿Existe alguna señal de moho en las paredes, techos, baldosas o cortinas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Existe algún sistema de extracción de aire?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Habitaciones		
¿Tiene ropa como chaquetas, almohadas o ropa de cama guardadas mucho tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Armarios o Closets		
¿Tiene ropa de cuero o zapatos guardados en closets que tengan una fina capa blanca o negra cubriéndolas? (moho)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Las paredes de los closets están descoloridos o tienen una capa blanca o negra cubriéndolas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras habitaciones en su hogar		
¿Su lavadora tiene olor a moho o humedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Existe alguna habitación de pasatiempos, un taller, dentro o junto a su hogar, o un garaje?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay sótano en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicamentos		
Haga una lista con los medicamentos que toma actualmente (al final)		
Haga una lista con los medicamentos con el tiempo aprox. que ha tomado en los últimos años		
Fuera de su hogar		
¿Existe compost (reciclaje orgánico) cerca de su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Existe alguna evidencia de aves anidadas en el techo, vigas, solera o canaletas de su casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trabajo y actividades al aire libre		
¿Trabaja con macetas, suelos húmedos, compost, abono regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Trabaja con aves o productos de aves o tiene exposición a muchas plumas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha trabajado en minería (especifique):_____ ¿Cuánto tiempo?_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Trabaja en silvicultura o carpintería?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha estado expuesto a grano o heno con moho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha estado involucrada/o en la industria del embalaje o bodegas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Trabaja con textiles?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

