





51412

DATOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA

página 2

[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

FECHA EXPLORACION

[ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]

EDAD

[ ][ ] (años)

PESO

[ ][ ][ ] (kilogramos)

ALTURA

[ ][ ][ ] (centímetros)

CINTURA ABDOMINAL

[ ][ ][ ] (centímetros)

CINTURA PELVIANA

[ ][ ][ ] (centímetros)

MUÑECA

[ ][ ] (centímetros)

TENSION ARTERIAL

1ª Toma: T.A. SISTOLICA

[ ][ ][ ]

T.A. DIASTOLICA

[ ][ ][ ]

2ª Toma: T.A. SISTOLICA

[ ][ ][ ]

T.A. DIASTOLICA

[ ][ ][ ]

FRECUENCIA CARDIACA

[ ][ ][ ] (latidos /minuto)

EKG NO PROCEDE  PROCEDE

¿COLOR DE OJOS?

- Azul  Verde Claro  Negro  Marrón  Otro

¿COLOR DE PIEL?

- Muy blanca-Roja  Blanca-Morena  Negra  Otro

¿COLOR NATURAL DEL PELO (antes de tener canas)?

- Rubio  Rojizo  Negro o castaño  Otro

¿TIENE PECAS EN LA CARA o EN LOS ANTEBRAZOS?

- SI  NO

SI TIENE PECAS ¿LAS TIENE DESDE LA INFANCIA?

- SI  NO  NO PROCEDE

¿SE LE EXTRAJO SANGRE?

- SI  NO

GLUCOSA

[ ][ ][ ]

COLESTEROL

[ ][ ][ ]

TRIGLICÉRIDOS

[ ][ ][ ]

HDL-CT

[ ][ ][ ]

APO-B

[ ][ ][ ]

¿Consentimiento informado ADN? SI  NO

**DATOS 1993**

T.A.S.

[ ][ ][ ]

T.A.D.

[ ][ ][ ]

TABACO

[ ]

GLUCOSA

[ ][ ][ ]

COLESTEROL

[ ][ ][ ]

TRIGLICÉRIDOS

[ ][ ][ ]

HDL-CT

[ ][ ][ ]

I.M.C.

[ ][ ][ ][ ]







--	--	--	--	--

9.- Entre sus padres ¿Existía algún tipo de parentesco?  SI  NO  NO SABE

Primos-Hermanos

10.- ¿Cuál?  Primos-Segundos

Tio-sobrino

Otro **especificar:** \_\_\_\_\_

11.a.- Entre sus abuelos por parte de PADRE, ¿Existía algún tipo de parentesco?  SI  NO  NO SABE

Primos-Hermanos

11.b.- ¿Cuál?  Primos-Segundos

Tio-sobrino

Otro **especificar:** \_\_\_\_\_

12a.- Entre sus abuelos por parte de MADRE, ¿Existía algún tipo de parentesco?  SI  NO  NO SABE

Primos-Hermanos

12b.- ¿Cuál?  Primos-Segundos

Tio-sobrino

Otro **especificar:** \_\_\_\_\_



51412

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESCRIBIR LOS DOS APELLIDOS DE LOS PADRES

**PADRE**

PRIMER APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGUNDO APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**MADRE**

PRIMER APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGUNDO APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13.- ¿Tienen apellidos comunes

SI    NO    NO SABE

¿ Conoce los apellidos de sus abuelos?

Abuelo por parte de PADRE

PRIMER APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGUNDO APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abuela por parte de PADRE

PRIMER APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGUNDO APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14.A.- ¿Tienen apellidos comunes  SI    NO    NO SABE

Abuelo por parte de MADRE

PRIMER APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGUNDO APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abuela por parte de MADRE

PRIMER APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGUNDO APELLIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14.B- ¿Tienen apellidos comunes  SI    NO    NO SABE

--	--	--	--	--

15.- Contándose usted ¿cuántas personas viven en su casa?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  > 10

15a.- ¿Cuántos hijos (e hijas) ha tenido en total? (Se cuentan también si son habidos en distintos matrimonios, incluidos los que nacieran muertos y no fueran considerados abortos)

15a.1.-  1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

15a.2.- 

--	--

\*ESCRIBIR

\*MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

15 b.- ¿Cuántos hermanos (y hermanas) ha tenido en total? (Se cuenta también si son hermanastros habidos en distintos matrimonios de sus padres)

15.b.1.-  1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

15b.2.- 

--	--

\*ESCRIBIR

\*MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

15 c.- Sus abuelos paternos ¿Cuántos hijos (e hijas) tuvieron en total? (Son los tíos paternos, se cuentan también si son habidos en distintos matrimonios de su abuelo o abuela)

15.c.1.-  1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

15c.2.- 

--	--

\*ESCRIBIR

\*MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

15 d.- Sus abuelos maternos ¿Cuántos hijos (e hijas) tuvieron en total? (Son los tíos maternos, se cuentan también si son habidos en distintos matrimonios de su abuelo o abuela)

15.d.1.-  1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

1  2  3  4  5  6  7  8  9  0

15.d.2.- 

--	--

\*ESCRIBIR

\*MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA



51412

--	--	--	--	--

16.- ¿Cuántos dormitorios tiene su casa?

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 > 10

17.- ¿Usted está trabajando ahora mismo?

- TRABAJA  
 ESTUDIA  
 JUBILACION  
 INCAPACIDAD LABORAL  
 PARO  
 AMA DE CASA  
 OTRO

18.- Si está en paro ¿Cuánto tiempo lleva (AÑOS)?

- 18a.1.-  
 0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 0

18a.2.-

--	--

\*ESCRIBIR

\*MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

19.- Cuando trabaja (o trabajó) ¿Cuál es (o fué) su ocupación más habitual?

- AGRICULTURA  
 CONSTRUCCION, EXCAVACIÓN, MINAS  
 CARPINTERIA, MANUFACTURACIÓN, MECANICA, INDUSTRIA  
 SANIDAD, EDUCACION, PROFESIONES LIBERALES, OFICINAS  
 TRANSPORTE, REPARTO  
 TURISMO, RESTAURACION, COMERCIO, BARES  
 AMA DE CASA  
 OTRO

NO SABE LEER

20.- ¿Qué estudios tiene?

- PRIMARIOS completos o incompletos  
 SECUNDARIOS completos o incompletos  
 UNIVERSITARIOS completos o incompletos



Five empty rectangular boxes for page identification.

21A.- padeció o padece **USTED** alguna de estas enfermedades? ( CUANDO EXISTA ENFERMEDAD apuntar la **edad de inicio** AL MENOS DE FORMA APROXIMADA)

**CANCER**

- NO SABE
- NO
- SI

especificar:

**código CIE**  
Four empty boxes for CIE code.

**EDAD**  
Two empty boxes (años)

**LEUCEMIA**

- NO SABE
- NO
- SI

**EDAD**  
Two empty boxes (años)

**DIABETES  
o  
AZUCAR**

- NO SABE
- NO
- SI

**EDAD**  
Two empty boxes (años)

**ANGINA DE  
PECHO o  
INFARTO DE  
CORAZON**

- NO SABE
- NO
- SI

**EDAD**  
Two empty boxes (años)

**TROMBOSIS o  
HEMORRAGIA  
CEREBRAL**

- NO SABE
- NO
- SI

**EDAD**  
Two empty boxes (años)

**PRESION  
ARTERIAL  
ALTA**

- NO SABE
- NO
- SI

**EDAD**  
Two empty boxes (años)

- ENFERMEDAD** NO SABE
- RESPIRATORIA** NO
- SI

**ALGUNA  
OTRA  
ENFERMEDAD**

- NO SABE
- NO
- SI

especificar:

Four horizontal lines for specifying other diseases.

**código CIE**

Four sets of four empty boxes for CIE code.

**EDAD**

Four sets of two empty boxes for age.

(años)

(años)

(años)

(años)



51412

página 10

--	--	--	--	--	--

21B- padeció o padece sus antepasados alguna de estas enfermedades?(PREGUNTAR UNO A UNO, VERTICALMENTE. CUANDO EXISTA ENFERMEDAD apuntar la **edad de inicio**)**PADRE**

**CANCER** NO SABE   (años)  
 NO    
 SI

especificar:

código CIE

--	--	--	--	--

**LEUCEMIA** NO SABE   (años)  
 NO    
 SI

**DIABETES** NO SABE   (años)  
 O  
**AZUCAR** NO    
 SI

**ANGINA DE** NO SABE   (años)  
**PECHO O**  
**INFARTO DE** NO    
**CORAZON** SI

**TROMBOSIS O** NO SABE   (años)  
**HEMORRAGIA** NO    
**CEREBRAL** SI

**TENSION** NO SABE   (años)  
**ARTERIAL** NO    
**ALTA** SI

**MUERTE DE** NO SABE   (años)  
**REPENTE** NO    
**SIN CAUSA** SI    
**CONOCIDA**

**ALGUNA** NO SABE    
**ENFERMEDAD** NO    
**FAMILIAR** SI

especificar:

código CIE EDAD

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

**MADRE**

**CANCER** NO SABE   (años)  
 NO    
 SI

especificar:

código CIE

--	--	--	--	--

**LEUCEMIA** NO SABE   (años)  
 NO    
 SI

**DIABETES** NO SABE   (años)  
 O  
**AZUCAR** NO    
 SI

**ANGINA DE** NO SABE   (años)  
**PECHO O** NO    
**INFARTO DE** SI    
**CORAZON**

**TROMBOSIS O** NO SABE   (años)  
**HEMORRAGIA** NO    
**CEREBRAL** SI

**TENSION** NO SABE   (años)  
**ARTERIAL** NO    
**ALTA** SI

**MUERTE DE** NO SABE   (años)  
**REPENTE** NO    
**SIN CAUSA** SI    
**CONOCIDA**

**ALGUNA** NO SABE    
**ENFERMEDAD** NO    
**FAMILIAR** SI

especificar:

código CIE EDAD

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

21C- padeció o padece sus antepasados alguna de estas enfermedades?  
 ( PREGUNTAR UNO A UNO, VERTICALMENTE. CUANDO EXISTA ENFERMEDAD  
 apuntar la edad de inicio )

**ABUELO PATERNO**

CANCER NO SABE    (años)  
 NO     
 SI   
 especificar: código CIE

LEUCEMIA NO SABE    (años)  
 NO     
 SI

DIABETES NO SABE    (años)  
 O  
 AZUCAR NO     
 SI

ANGINA DE NO SABE    (años)  
 PECHO O  
 INFARTO DE NO     
 CORAZON SI

TROMBOSIS O NO SABE    (años)  
 HEMORRAGIA NO     
 CEREBRAL SI

TENSION NO SABE    (años)  
 ARTERIAL NO     
 ALTA SI

MUERTE DE NO SABE    (años)  
 REPENTE NO     
 SIN CAUSA SI   
 CONOCIDA

ALGUNA NO SABE   
 ENFERMEDAD NO   
 FAMILIAR SI   
 especificar: código CIE EDAD

**ABUELA PATERNA**

CANCER NO SABE    (años)  
 NO     
 SI   
 especificar: código CIE

LEUCEMIA NO SABE    (años)  
 NO     
 SI

DIABETES NO SABE    (años)  
 O  
 AZUCAR NO     
 SI

ANGINA DE NO SABE    (años)  
 PECHO O  
 INFARTO DE NO     
 CORAZON SI

TROMBOSIS O NO SABE    (años)  
 HEMORRAGIA NO     
 CEREBRAL SI

TENSION NO SABE    (años)  
 ARTERIAL NO     
 ALTA SI

MUERTE DE NO SABE    años)  
 REPENTE NO     
 SIN CAUSA SI   
 CONOCIDA

ALGUNA NO SABE   
 ENFERMEDAD NO   
 FAMILIAR SI   
 especificar: código CIE EDAD

--	--	--	--	--

21D- padeció o padece sus antepasados alguna de estas enfermedades?  
 ( PREGUNTAR UNO A UNO, VERTICALMENTE. CUANDO EXISTA ENFERMEDAD  
 apuntar la edad de inicio)

**ABUELO MATERNO**

CANCER NO SABE    (años)  
 NO   
 SI   
 especificar: código CIE

LEUCEMIA NO SABE    (años)  
 NO   
 SI

DIABETES NO SABE    (años)  
 O  
 AZUCAR NO   
 SI

ANGINA DE NO SABE    (años)  
 PECHO O  
 INFARTO DE NO   
 CORAZON SI

TROMBOSIS O NO SABE    (años)  
 HEMORRAGIA NO   
 CEREBRAL SI

TENSION NO SABE    (años)  
 ARTERIAL NO   
 ALTA SI

MUERTE DE NO SABE    (años)  
 REPENTE NO   
 SIN CAUSA SI   
 CONOCIDA

ALGUNA NO SABE   
 ENFERMEDAD NO   
 FAMILIAR SI   
 especificar: código CIE EDAD

**ABUELA MATERNA**

CANCER NO SABE    (años)  
 NO   
 SI   
 especificar: código CIE

LEUCEMIA NO SABE    (años)  
 NO   
 SI

DIABETES NO SABE    (años)  
 O  
 AZUCAR NO   
 SI

ANGINA DE NO SABE    (años)  
 PECHO O  
 INFARTO DE NO   
 CORAZON SI

TROMBOSIS O NO SABE    (años)  
 HEMORRAGIA NO   
 CEREBRAL SI

TENSION NO SABE    (años)  
 ARTERIAL NO   
 ALTA SI

MUERTE DE NO SABE    (años)  
 REPENTE NO   
 SIN CAUSA SI   
 CONOCIDA

ALGUNA NO SABE   
 ENFERMEDAD NO   
 FAMILIAR SI   
 especificar: código CIE EDAD



□ □ □ □ □ □

22-2 ALGUN FAMILIAR padeció o padece alguna de estas enfermedades?  
( PREGUNTAR UNO A UNO, CUANDO EXISTA ENFERMEDAD  
apuntar la edad de inicio

- o HIJOS      o TIOS M.      VARON
- o HERMANOS   o CONYUGE      MUJER
- o TIOS P.    o SOBRINOS

- o HIJOS      o TIOS M.      VARON
- o HERMANOS   o CONYUGE      MUJER
- o TIOS P.    o SOBRINOS

CANCER      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

CANCER      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

especificar:      código CIE      □ □ □ □

---

especificar:      código CIE      □ □ □ □

---

LEUCEMIA      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

LEUCEMIA      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

DIABETES      NO SABE        □ □    (años)

  o                 NO                □ □

AZUCAR        SI                 □ □

DIABETES      NO SABE        □ □    (años)

  o                 NO                □ □

AZUCAR        SI                 □ □

ANGINA DE      NO SABE        □ □    (años)

PECHO O        NO                □ □

INFARTO DE    SI                 □ □

CORAZON

ANGINA DE      NO SABE        □ □    (años)

PECHO O        NO                □ □

INFARTO DE    SI                 □ □

CORAZON

TROMBOSIS O    NO SABE        □ □    (años)

HEMORRAGIA    NO                □ □

CEREBRAL       SI                 □ □

TROMBOSIS O    NO SABE        □ □    (años)

HEMORRAGIA    NO                □ □

CEREBRAL       SI                 □ □

TENSION        NO SABE        □ □    (años)

ARTERIAL       NO                □ □

ALTA            SI                 □ □

TENSION        NO SABE        □ □    (años)

ARTERIAL       NO                □ □

ALTA            SI                 □ □

MUERTE DE      NO SABE        □ □    (años)

REPENTE        NO                □ □

SIN CAUSA      SI                 □ □

CONOCIDA

MUERTE DE      NO SABE        □ □    (años)

REPENTE        NO                □ □

SIN CAUSA      SI                 □ □

CONOCIDA

ALGUNA        NO SABE        □ □

ENFERMEDAD    NO                □ □

FAMILIAR       SI                 □ □

ALGUNA        NO SABE        □ □

ENFERMEDAD    NO                □ □

FAMILIAR       SI                 □ □

especificar:      código CIE      EDAD      □ □ □ □    □ □

---

                 □ □ □ □      □ □

---

                 □ □ □ □      □ □

especificar:      código CIE      EDAD      □ □ □ □    □ □

---

                 □ □ □ □      □ □

---

                 □ □ □ □      □ □





51412

□ □ □ □ □ □

22-4 ALGUN FAMILIAR padeció o padece alguna de estas enfermedades? (PREGUNTAR UNO A UNO, CUANDO EXISTA ENFERMEDAD apuntar la edad de inicio)

o HIJOS o TIOS M. VARON   
o HERMANOS o CONYUGE MUJER   
o TIOS P. o SOBRINOS

o HIJOS o TIOS M. VARON   
o HERMANOS o CONYUGE MUJER   
o TIOS P. o SOBRINOS

CANCER NO SABE    (años)  
NO     
SI     
especificar: código CIE

CANCER NO SABE    (años)  
NO     
SI     
especificar: código CIE

LEUCEMIA NO SABE    (años)  
NO     
SI

LEUCEMIA NO SABE    (años)  
NO     
SI

DIABETES NO SABE    (años)  
o AZUCAR NO     
SI

DIABETES NO SABE    (años)  
o AZUCAR NO     
SI

ANGINA DE NO SABE    (años)  
PECHO o NO     
INFARTO DE SI     
CORAZON

ANGINA DE NO SABE    (años)  
PECHO o NO     
INFARTO DE SI     
CORAZON

TROMBOSIS O NO SABE    (años)  
HEMORRAGIA NO     
CEREBRAL SI

TROMBOSIS O NO SABE    (años)  
HEMORRAGIA NO     
CEREBRAL SI

TENSION NO SABE    (años)  
ARTERIAL NO     
ALTA SI

TENSION NO SABE    (años)  
ARTERIAL NO     
ALTA SI

MUERTE DE NO SABE    (años)  
REPENTE NO     
SIN CAUSA SI     
CONOCIDA

MUERTE DE NO SABE    años)  
REPENTE NO     
SIN CAUSA SI     
CONOCIDA

ALGUNA NO SABE   
ENFERMEDAD NO   
FAMILIAR SI   
especificar: código CIE EDAD

ALGUNA NO SABE   
ENFERMEDAD NO   
FAMILIAR SI   
especificar: código CIE EDAD





51412

Empty grid box for page identification

22-6 ALGUN FAMILIAR padeció o padece alguna de estas enfermedades? (PREGUNTAR UNO A UNO, CUANDO EXISTA ENFERMEDAD apuntar la edad de inicio)

- HIJOS     TIOS M.    VARON
- HERMANOS     CONYUGE    MUJER
- TIOS P.     SOBRINOS

**CANCER**    NO SABE    (años)  
                   NO   
                   SI

especificar: **código CIE**

**LEUCEMIA**    NO SABE    (años)  
                   NO   
                   SI

**DIABETES**    NO SABE    (años)  
   o  
**AZUCAR**    NO   
                   SI

**ANGINA DE**    NO SABE    (años)  
**PECHO O**  
**INFARTO DE**    NO   
**CORAZON**    SI

**TROMBOSIS O**    NO SABE    (años)  
**HEMORRAGIA**    NO   
**CEREBRAL**    SI

**TENSION**    NO SABE    (años)  
**ARTERIAL**    NO   
**ALTA**    SI

**MUERTE DE**    NO SABE    (años)  
**REPENTE**    NO   
**SIN CAUSA**    SI   
**CONOCIDA**

**ALGUNA**    NO SABE   
**ENFERMEDAD**    NO   
**FAMILIAR**    SI

especificar: **código CIE**    **EDAD**  
          
      

- HIJOS     TIOS M.    VARON
- HERMANOS     CONYUGE    MUJER
- TIOS P.     SOBRINOS

**CANCER**    NO SABE    (años)  
                   NO   
                   SI

especificar: **código CIE**

**LEUCEMIA**    NO SABE    (años)  
                   NO   
                   SI

**DIABETES**    NO SABE    (años)  
   o  
**AZUCAR**    NO   
                   SI

**ANGINA DE**    NO SABE    (años)  
**PECHO O**  
**INFARTO DE**    NO   
**CORAZON**    SI

**TROMBOSIS O**    NO SABE    (años)  
**HEMORRAGIA**    NO   
**CEREBRAL**    SI

**TENSION**    NO SABE    (años)  
**ARTERIAL**    NO   
**ALTA**    SI

**MUERTE DE**    NO SABE    (años)  
**REPENTE**    NO   
**SIN CAUSA**    SI   
**CONOCIDA**

**ALGUNA**    NO SABE   
**ENFERMEDAD**    NO   
**FAMILIAR**    SI

especificar: **código CIE**    **EDAD**



51412

□ □ □ □ □ □

22-7 ALGUN FAMILIAR padeció o padece alguna de estas enfermedades? (PREGUNTAR UNO A UNO, CUANDO EXISTA ENFERMEDAD apuntar la edad de inicio)

- o HIJOS      o TIOS M.      VARON
- o HERMANOS   o CONYUGE      MUJER
- o TIOS P.    o SOBRINOS

- o HIJOS      o TIOS M.      VARON
- o HERMANOS   o CONYUGE      MUJER
- o TIOS P.    o SOBRINOS

CANCER      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

especificar:      código CIE      EDAD

                 □ □ □ □      □ □

---

                 □ □ □ □      □ □

CANCER      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

especificar:      código CIE      EDAD

                 □ □ □ □      □ □

---

                 □ □ □ □      □ □

LEUCEMIA      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

LEUCEMIA      NO SABE        □ □    (años)

                 NO                □ □

                 SI                 □ □

DIABETES      NO SABE        □ □    (años)

  o                 NO                □ □

AZUCAR        SI                 □ □

DIABETES      NO SABE        □ □    (años)

  o                 NO                □ □

AZUCAR        SI                 □ □

ANGINA DE      NO SABE        □ □    (años)

PECHO O        NO                □ □

INFARTO DE    SI                 □ □

CORAZON

ANGINA DE      NO SABE        □ □    (años)

PECHO O        NO                □ □

INFARTO DE    SI                 □ □

CORAZON

TROMBOSIS O    NO SABE        □ □    (años)

HEMORRAGIA    NO                □ □

CEREBRAL       SI                 □ □

TROMBOSIS O    NO SABE        □ □    (años)

HEMORRAGIA    NO                □ □

CEREBRAL       SI                 □ □

TENSION        NO SABE        □ □    (años)

ARTERIAL       NO                □ □

ALTA            SI                 □ □

TENSION        NO SABE        □ □    (años)

ARTERIAL       NO                □ □

ALTA            SI                 □ □

MUERTE DE      NO SABE        □ □    (años)

REPENTE        NO                □ □

SIN CAUSA      SI                 □ □

CONOCIDA

MUERTE DE      NO SABE        □ □    (años)

REPENTE        NO                □ □

SIN CAUSA      SI                 □ □

CONOCIDA

ALGUNA        NO SABE   

ENFERMEDAD    NO           

FAMILIAR       SI            

especificar:      código CIE      EDAD

                 □ □ □ □      □ □

---

                 □ □ □ □      □ □

ALGUNA        NO SABE   

ENFERMEDAD    NO           

FAMILIAR       SI            

especificar:      código CIE      EDAD

                 □ □ □ □      □ □

---

                 □ □ □ □      □ □



--	--	--	--	--

23.- ¿Las siguientes personas han fallecido?

**MADRE**

NO SABE   
NO   
SI 

--	--

 (años)

especificar LA CAUSA

\_\_\_\_\_

**código CIE**

--	--	--	--

**PADRE**

NO SABE   
NO   
SI 

--	--

 (años)

especificar LA CAUSA

\_\_\_\_\_

**código CIE**

--	--	--	--

**ABUELA PATERNA**

NO SABE   
NO   
SI 

--	--

 (años)

especificar LA CAUSA

\_\_\_\_\_

**código CIE**

--	--	--	--

**ABUELO PATERNO**

NO SABE   
NO   
SI 

--	--

 (años)

especificar LA CAUSA

\_\_\_\_\_

**código CIE**

--	--	--	--

**ABUELA MATERNA**

NO SABE   
NO   
SI 

--	--

 (años)

especificar LA CAUSA

\_\_\_\_\_

**código CIE**

--	--	--	--

**ABUELO MATERNA**

NO SABE   
NO   
SI 

--	--

 (años)

especificar LA CAUSA

\_\_\_\_\_

**código CIE**

--	--	--	--

--	--	--	--	--

24.1 A.- SOLO SI DIJO QUE ALGUN FAMILIAR PADECIÓ DE CANCER

¿Convivió usted con el en la misma casa antes de que enfermara?

- SI    NO    NO SABE    NO PROCEDE

24.1.B.- ¿Durante cuánto tiempo? (AÑOS)

24.1.A.1	<input type="radio"/>									
	<input type="radio"/>									

24.1.A.2 

--	--

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA si convivió menos de 1 año marcar 0 en la 1ª fila

25.1 A.- SOLO SI DIJO QUE ALGUN FAMILIAR PADECIÓ DE CANCER

¿Convivió usted con el en la misma casa después de que enfermara?

- SI    NO    NO SABE    NO PROCEDE

25.1.B.- ¿Durante cuánto tiempo? (AÑOS)

25.1.A.1	<input type="radio"/>									
	<input type="radio"/>									

25.1.A.2 

--	--

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA si convivió menos de 1 año marcar 0 en la 1ª fila

26a.- En este último año ha padecido **USTED** alguna otra enfermedad? (periodo de doce meses atrás a la fecha de la entrevista)

- SI    NO    NO SABE

26a. ¿Cuál?

código CIE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

26b. ¿Ha padecido uste de "piedras en el riñón" o "arenillas" (Litiasis renal?)

- SI    NO    NO SABE



--	--	--	--	--

30.- ¿Fuma usted algún tipo de tabaco?  SI  NO  NC

31.- Si NO fuma ahora ¿fue fumador antes?

SI  NO  NC  NP pq es fumador

Todos los días

5-6 días

2-4 días

1 día o menos

NC

NP, no fumador/exfumador

32.- Si fuma ¿Cuántos días a la semana lo hace?

33.- ¿Cuántos MINUTOS suelen pasar desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarro (o pipa, o puro)?

< 1 <input type="radio"/>	< 5 <input type="radio"/>	< 10 <input type="radio"/>	< 15 <input type="radio"/>	< 30 <input type="radio"/>	< 60 <input type="radio"/>	>=60 <input type="radio"/>	NC <input type="radio"/>
---------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

34.- Si fuma o fumó ¿A qué EDAD comenzó a fumar?

34.A

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

34.B

--	--

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

35.- Si fuma o fumó ¿Cuántos AÑOS ha fumado en total?

35.A

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

35.B

--	--

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

36.- Si fuma ¿Cree que ahora fuma más, menos o igual que hace dos años?

MÁS  MENOS  IGUAL  NC  NP, NoF/EXF

37.- Cantidad al DIA que fuma (o fumó mientras lo hizo)

	CIGARRILLOS	PIPAS	Puros
<5	<input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
< 10	<input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
10-20	<input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
> 1 paq	<input type="radio"/>	4-5 <input type="radio"/>	4-5 <input type="radio"/>
> 2 paq	<input type="radio"/>	6-7 <input type="radio"/>	6-7 <input type="radio"/>
> 3 paq	<input type="radio"/>	> 8 <input type="radio"/>	> 8 <input type="radio"/>



51412

--	--	--	--	--

38.- Si es **Exfumador** ¿Cuántos **AÑOS** hace que no fuma?

38.A

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

38.B

--	--

AÑOS

*\*ESCRIBIR*

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

39.- ¿Alguna persona con quien **VIVA AHORA MISMO fuma CUANDO USTED ESTA EN CASA?**

SI    NO    NC

40.- ¿Quién o quienes son esas personas?

CONYUGE    SI    NO   HERMANOS    SI    NO

HIJOS    SI    NO   ABUELOS    SI    NO

PADRES    SI    NO   OTROS    SI    NO

*especificar:*

*código*

--	--

41.- Entre todos ellos ¿Qué cantidad diaria cree que fuman dentro de la casa?  
**Estimar persona a persona y sumarlo.**

CIGARRILLOS	PIPAS	PUROS
<5 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
< 10 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
10-20 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
> 1 paq <input type="radio"/>	4-5 <input type="radio"/>	4-5 <input type="radio"/>
> 2 paq <input type="radio"/>	6-7 <input type="radio"/>	6-7 <input type="radio"/>
> 3 paq <input type="radio"/>	> 8 <input type="radio"/>	> 8 <input type="radio"/>
NO SABE <input type="radio"/>	NO SABE <input type="radio"/>	NO SABE <input type="radio"/>

41a.- ¿Cuánto tiempo hace(en **AÑOS**)que esto es así (fuman estando USTED en casa)?

41.a.1

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

41.a.2

--	--

AÑOS

*\*ESCRIBIR*

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

--	--	--	--	--

42.- SIN SER EN EL ULTIMO AÑO ¿Alguna OTRA persona con quien usted haya vivido ANTERIORMENTE fumaba estando usted en casa?

SI    NO    NC

43.- ¿Quién o quienes eran esas personas?

CONYUGE    SI    NO   HERMANOS    SI    NO  
 HIJOS    SI    NO   ABUELOS    SI    NO  
 PADRES    SI    NO   OTROS    SI    NO

especificar:

código

--	--

44.- Entre todos ellos ¿Qué cantidad diaria cree que fumaban dentro de la casa?  
 Estimar persona a persona y sumarlo.

	CIGARRILLOS	PIPAS	PUROS
<5	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>
< 10	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>
10-20	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>
> 1 paq	<input type="radio"/>	4-5	<input type="radio"/>
> 2 paq	<input type="radio"/>	6-7	<input type="radio"/>
> 3 paq	<input type="radio"/>	> 8	<input type="radio"/>
NO SABE	<input type="radio"/>	NO SABE	<input type="radio"/>

45.- En total, contando a todas las personas con las que haya vivido A LO LARGO DE SU VIDA ¿Durante cuántos años cree que ha vivido con personas que fumaban cuando usted estaba en casa?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

38.B

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA



--	--	--	--	--

46.- Si trabaja USTED fuera de casa

¿Hay ahora mismo personas que fuman en la misma **HABITACIÓN** donde usted **TRABAJA**?

SI    NO    NC

47.- ¿Cuántas personas fuman en el trabajo en la misma habitación donde usted trabaja?

47.A

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

47.B

--	--

n°personas

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

48.- Con independencia de que usted trabaje fuera de casa o no ¿Trabajó alguna vez con personas que fumarán en la misma habitación donde usted trabajaba?

SI    NO    NC

49.- ¿Cuántas eran las personas que fumaban en el trabajo a su alrededor?

49.A

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

49.B

--	--

n°personas

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

50.- En total, contando a todas las personas con las que ha trabajado a lo largo de su vida ¿Durante cuántos **AÑOS** cree que ha trabajado con personas que fumaban en su misma habitación de trabajo?

50.A

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

50.B

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

--	--	--	--	--

51.- ¿Alguna vez le han dicho que tiene usted el azúcar alto o que es diabético?

SI  NO  NC

NO RELLENAR SI ES "NO DIABETICO"

52.- Si es diabético ¿A qué edad se lo dijeron por primera vez (AÑOS)?

52.A

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

52.B

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

53.- ¿Cuánto hace que se hizo el último análisis de azúcar?

< 1 año    1-5 años    > 5 años    NUNCA    NC

54.- ¿Alguna vez le ha mandado el médico hacer dieta para el azúcar?

SI  NO  NC

55.- ¿Y alguna vez le ha mandado el médico pastillas para el azúcar?

SI  NO  NC

56.- ¿Sabe el nombre de las pastillas?             SI  NO  NC

*código*

*especificar:*

--	--	--

\_\_\_\_\_

--	--	--

\_\_\_\_\_

--	--	--

\_\_\_\_\_

--	--	--

\_\_\_\_\_



--	--	--	--	--

NO RELLENAR SI ES "NO DIABETICO"

57.- Si tiene tratamiento para la diabetes (pastillas, aparte de dieta) ¿Cómo lo toma?

- Diariamente
- Días si, días no
- Por temporadas
- No tiene tt°
- NC

58.- ¿Tiene que pincharse insulina para la diabetes?

- SI
- NO
- NC

59.- ¿Cuánto tiempo lleva pinchándose insulina (AÑOS)?

59.a.2

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

59.a.1

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

60.- Entre los siguientes órganos ¿Le ha dicho el médico que padezca de alguno por culpa de la diabetes?

RIÑÓN

SI

NO

CORAZÓN

SI

NO

OJOS

SI

NO

PIERNAS

SI

NO

CIRCULACIÓN

SI

NO

OTROS

SI

NO

--	--	--	--	--

61.- ¿Alguna vez le han dicho que padezca usted de:

a.-colesterol en la sangre      b.-ácido úrico en la sangre      c.-triglicéridos de la sangre altos

SI    NO    NC       SI    NO    NC       SI    NO    NC

62.- Si ha tenido el colesterol alto ¿A qué edad se lo dijeron por primera vez (AÑOS)?

62.a.2 

--	--

 AÑOS

62.a.1     1    2    3    4    5    6    7    8    9    0  
            1    2    3    4    5    6    7    8    9    0

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

63.- ¿Cuánto hace que se hizo el último análisis de colesterol?

< 1 año <input type="radio"/>	1-5 años <input type="radio"/>	> 5 años <input type="radio"/>	NUNCA <input type="radio"/>	NC <input type="radio"/>
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

¿Alguna vez le ha mandado el médico:

64. ¿hacer **dieta** para el colesterol?

SI    NO    NC

65.-¿**pastillas** para el colesterol?

SI    NO    NC

66.- ¿Sabe el nombre de las pastillas?

**especificar:**

n° **codificación**

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

---



---



---



---

67.- Si tiene tratamiento para el colesterol (aparte de la dieta) ¿Cómo lo toma?

<input type="radio"/> Diariamente
<input type="radio"/> Días sí, días no
<input type="radio"/> Por temporadas
<input type="radio"/> No tiene tt°
<input type="radio"/> NC



--	--	--	--	--

68.- ¿Padece o ha padecido usted de presión alta (arterial)?     SI     NO     NC

69.- Si tiene o ha tenido la presión alta ¿A qué edad se lo dijeron por primera vez (AÑOS)?

69.a.1

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

69.a.2

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

70.- ¿Cuándo se tomó la presión arterial por última vez?

< 1 año <input type="radio"/>	1-5 años <input type="radio"/>	> 5 años <input type="radio"/>	NUNCA <input type="radio"/>	NC <input type="radio"/>
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

¿Alguna vez le ha mandado el médico:

71. ¿hacer dieta para la presión?

SI     NO     NC

72.-¿pastillas para la presión?

SI     NO     NC

73.- ¿Sabe el nombre de las pastillas?

especificar:

n° codificación

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

---



---



---



---

74.- Si tiene tratamiento para la presión (aparte de la dieta) ¿Cómo lo toma?

<input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Días si, días no <input type="radio"/> Por temporadas <input type="radio"/> No tiene tt° <input type="radio"/> NC
---



--	--	--	--	--

## Si MUJER:

75.- ¿Está embarazada?      o      76.- ¿Dando el pecho a un niño?

SI    NO    NC

SI    NO    NC

77.- ¿A qué edad tuvo la 1ª regla (AÑOS)?

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

78.- ¿Tiene la regla todavía?       SI    NO    NS

79.- Si no la tiene ¿A qué edad se le fue (AÑOS)?

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

80.- Si ya no la tiene ¿Se le fue de manera natural o por una operación?

NATURAL    OPERACIÓN    NS

81.- ¿Han tenido que quitarle la matriz (útero) en una operación?

SI, me la quitaron    NO    NS

81 a.- Si se la quitaron ¿A qué edad fue (AÑOS)?

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

82.- SIN quitarle la matriz ¿Han tenido que operarla del cuello del útero?

SI, me operaron       NO       NS

82 a.- Si la operaron ¿A que edad fue (AÑOS)?

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

83.- ¿Han tenido que quitarle los ovarios?

SI me QUITARON LOS DOS  
 SI me quitaron sólo uno  
 NO  
 NS

84.- Si se los quitaron ¿A qué edad fue (AÑOS)?

--	--

AÑOS

\*ESCRIBIR

--	--	--	--	--

**Si MUJER:**

85.- ¿Alguna vez ha usado anticonceptivos (pastillas o inyecciones para no quedarse embarazada)?

SI  NO  NS

85A.- Si los toma todavía ¿Cuánto tiempo lleva tomándolos en total (AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

85B.- Si los tomó y ya no los toma ¿Cuánto tiempo los usó en total (AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

85C.- ¿Y cuánto hace que dejó de tomarlos(AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

86.- ¿Alguna vez le han puesto un DIU (aparato dentro del útero para no quedarse embarazada)?

SI  NO  NS

86A.- Si lo tiene todavía ¿Cuánto tiempo lleva usándolo en total (AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

86B.- Si lo tuvo y ya no lo tiene ¿Cuánto tiempo lo usó en total (AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

86C.- ¿Y cuánto hace que dejó de llevarlo?

AÑOS \*ESCRIBIR

--	--	--	--	--

**Si MUJER:**

87.- Después de que se le fuera la regla ¿Le han mandado estrógenos (hormonas)?

SI  NO  NS

88.- ¿En qué forma se los mandaron?

PASTILLAS	INYECCIONES	GEL	PARCHES	NS
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO	

89.- ¿Los usa todavía?  SI  NO  NS

90.- Si los toma o usa ¿Cuánto tiempo lleva tomándolos (AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

91.- Si ya no los toma ¿Cuánto tiempo los tomó(AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

92.- ¿Cuántos hijos ha tenido?

n°hijos \*ESCRIBIR

93.- ¿A qué edad tuvo el primero(AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

93A.- ¿Le dió el pecho?  SI  NO  NS

93B.- ¿Cuánto tiempo se lo dió (MESES)?

meses \*ESCRIBIR

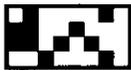
94.- ¿A qué edad tuvo el último (AÑOS)?

AÑOS \*ESCRIBIR

94A.- ¿Le dió el pecho?  SI  NO  NS

94B.- ¿Cuánto tiempo se lo dió (MESES)?

meses \*ESCRIBIR



□ □ □ □ □

**Si MUJER:**

95.- Contando el total de hijos que tuvo ¿Cuántos MESES dio de mamar?

□ □ □

meses \*ESCRIBIR

96 ¿Alguno de sus hijos pesó más de 4Kgs al nacer?

SI  NO  NS

97.- ¿Cuántos abortos ha tenido?

□ □

n°ABORTOS \*ESCRIBIR

98.- ¿Leapareció una diabetes durante algún embarazo?

SI  NO  NS

99.- Si le apareció ¿Cómo la trataron?

NO LA TRATARON	<input type="radio"/>	INSULINA	<input type="radio"/> SI
	<input type="radio"/> si tt°		<input type="radio"/> NO
DIETA	<input type="radio"/> SI	PASTILLAS	<input type="radio"/> SI
	<input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> NO

100.- Después del embarazo ¿Desapareció su diabetes?

SI  NO  NS

101.- Si después del embarazo le desapareció ¿Ha vuelto a aparecer sin estar embarazada?

SI  NO  NS

102.- Si le apareció ¿Cuántos AÑOS después del embarazo fue?

□ □

AÑOS \*ESCRIBIR

--	--	--	--	--

TODOS

103.- ¿Aproximadamente cada cuanto tiempo suele ir Vd. a un médico?

- Nunca
- <1 consulta/3 años
- 1 consulta 2-3 años
- 1-2 consulta
- 1 consulta /2-3 meses
- 1 consulta/mes o menos tiempo

104.- En su vida habitual usted suele ser una persona...

Leer no solo las preguntas, sino también las opciones de respuesta

	Nunca	casi nunca	alguna vez	casi siempre	siempre
- Impulsiva, de reacciones muy rápidas	<input type="radio"/>				
- Agobiada por la falta de tiempo	<input type="radio"/>				
- Intenta ser siempre el que tiene razón	<input type="radio"/>				
- Le gusta ser el que manda	<input type="radio"/>				
- Suele ir con prisas a cualquier sitio	<input type="radio"/>				
- Le molesta tener que esperar por alguien	<input type="radio"/>				
- Es usted puntual	<input type="radio"/>				





51412

--	--	--	--	--

116 a.-Sin ser la actividad que le exige su trabajo ¿Hizo algún tipo de actividad física o deportiva en la última semana (los siete días previos a hoy)?

SI  NO  NS

116 b.- ¿Cuál? MARCAR LAS CUATRO MAS FRECUENTES

**Andar - Bailar - Subir escaleras**

- 1.-Pasear
- 2.-Andar de casa al trabajo y del trabajo a casa o durante el periodo de descanso del trabajo
- 3.-Andar (llevando carrito de la compra)
- 4.-Andar (llevando bolsas de la compra)
- 5.-Subir escaleras
- 6.-Andar campo a través
- 7.-Excursiones con mochila
- 8.-Escalar montañas
- 9.-Ir en bicicleta al trabajo
- 10.-Bailar
- 11.-Aerobic o ballet
- 12.-Jugar con los niños (corriendo, saltando,...)

**Ejercicios de mantenimiento general**

- 13.-Hacer ejercicio en casa
- 14.-Hacer ejercicio en un gimnasio
- 15.-Caminar deprisa
- 16.-Trotar ("Jogging")
- 17.-Correr 8 - 11 km/h
- 18.-Correr 12 - 16 km/h
- 19.-Levantar pesas

**Actividades acuáticas**

- 20.-Esquí acuático
- 21.-Surf
- 22.-Navegar a vela
- 23.-Ir en canoa o remar (por distracción)
- 24.-Ir en canoa o remar (en competición)
- 25.-Hacer un viaje en canoa
- 26.Nadar (más de 150 metros en piscina)
- 27.-Nadar en el mar
- 28.- Bucear

**Deportes de invierno**

- 29.-Esquiar
- 30.-Esquí de fondo
- 31.-Patinar (ruedas o hielo)

**Otras actividades**

- 32.-Montar acaballo
- 33.-Jugar a los bolos
- 34.-Balonvolea
- 35.-Tenis de mesa
- 36.-Tenis individual
- 37.-Tenis dobles
- 38.-Badminton
- 39.-Baloncesto (sin jugar partido)
- 40.-Baloncesto (jugando un partido)
- 41.-Baloncesto (actuando de arbitro)
- 42.-Squash
- 43.-Fútbol

- 44.-Golf (llevando el carrito)
- 45.-Golf (andando y llevando los palos)
- 46.-Balonmano
- 47.-Petanca
- 48.-Artes Marciales
- 49.-Motociclismo
- 50.-Ciclismo de carretera o montaña

**Actividades en el jardín**

- 51.-Cortar el césped con máquina
- 52.-Cortar el césped manualmente
- 53.-Limpiar y arreglar el jardín
- 54.-Cavar el huerto
- 55.-Quitar nieve con pala

**Trabajos y actividades caseras**

- 56.-Trabajos de carpintería dentro de casa
- 57.-Trabajos de carpintería (exterior)
- 58.-Pintar dentro de casa
- 59.-Pintar fuera de casa
- 60.-Limpiar la casa
- 61.-Mover muebles

**Caza y pesca**

- 62.-Tiro con pistola
- 63.-Tiro con arco
- 64.-Pesca en la orilla del mar
- 65.-Pesca con botas altas dentro del río
- 66.-Caza menor
- 67.-Caza mayor (ciervos, osos...)

**Otra actividad no mencionada**

68.- 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

70.- 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

opción1	opción2	opción3	opción4								
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

--	--	--	--	--

116 c.- ¿Cuántas veces practicó esa actividad durante dicha semana?

- actividad 1 

--	--

 1  2-3  4-5  >5
- actividad 2 

--	--

 1  2-3  4-5  >5
- actividad 3 

--	--

 1  2-3  4-5  >5
- actividad 4 

--	--

 1  2-3  4-5  >5

115 d.- ¿Cuánto tiempo cada vez que lo hizo?

d-1.- Actividad

--	--

- <15'  <30'  <45'  <60'  <75'  <90'  105'  120'  >120'

d-2.-Actividad

--	--

- <15'  <30'  <45'  <60'  <75'  <90'  105'  120'  >120'

d-3.-Actividad

--	--

- <15'  <30'  <45'  <60'  <75'  <90'  105'  120'  >120'

d-4.-Actividad

--	--

- <15'  <30'  <45'  <60'  <75'  <90'  105'  120'  >120'



--	--	--	--	--	--

116 e. -Sin ser la actividad que le exige su trabajo ¿Hizo algún tipo de actividad física o deportiva en **EL ÚLTIMO AÑO**?

SI  NO  NS

117.- ¿Cuál? **MARCAR LAS CUATRO MAS FRECUENTES**

**Andar - Bailar - Subir escaleras**

- 1.-Pasear
- 2.-Andar de casa al trabajo y del trabajo a casa o durante el periodo de descanso del trabajo
- 3.-Andar (llevando carrito de la compra)
- 4.-Andar (llevando bolsas de la compra)
- 5.-Subir escaleras
- 6.-Andar campo a través
- 7.-Excursiones con mochila
- 8.-Escalar montañas
- 9.-Ir en bicicleta al trabajo
- 10.-Bailar
- 11.-Aerobic o ballet
- 12.-Jugar con los niños (corriendo, saltando,...)

**Ejercicios de mantenimiento general**

- 13.-Hacer ejercicio en casa
- 14.-Hacer ejercicio en un gimnasio
- 15.-Caminar deprisa
- 16.-Trotar ("Jogging")
- 17.-Correr 8 - 11 km/h
- 18.-Correr 12 - 16 km/h
- 19.-Levantar pesas

**Actividades acuáticas**

- 20.-Esquí acuático
- 21.-Surf
- 22.-Navegar a vela
- 23.-Ir en canoa o remar (por distracción)
- 24.-Ir en canoa o remar (en competición)
- 25.-Hacer un viaje en canoa
- 26.Nadar (más de 150 metros en piscina)
- 27.-Nadar en el mar
- 28.- Bucear

**Deportes de invierno**

- 29.-Esquiar
- 30.-Esquí de fondo
- 31.-Patinar (ruedas o hielo)

**Otras actividades**

- 32.-Montar acaballo
- 33.-Jugar a los bolos
- 34.-Balonvolea
- 35.-Tenis de mesa
- 36.-Tenis individual
- 37.-Tenis dobles
- 38.-Badminton
- 39.-Baloncesto (sin jugar partido)
- 40.-Baloncesto (jugando un partido)
- 41.-Baloncesto (actuando de arbitro)
- 42.-Squash
- 43.-Fútbol

- 44.-Golf (llevando el carrito)
- 45.-Golf (andando y llevando los palos)
- 46.-Balonmano
- 47.-Petanca
- 48.-Artes Marciales
- 49.-Motociclismo
- 50.-Ciclismo de carretera o montaña

**Actividades en el jardín**

- 51.-Cortar el césped con máquina
- 52.-Cortar el césped manualmente
- 53.-Limpiar y arreglar el jardín
- 54.-Cavar el huerto
- 55.-Quitar nieve con pala

**Trabajos y actividades caseras**

- 56.-Trabajos de carpintería dentro de casa
- 57.-Trabajos de carpintería (exterior)
- 58.-Pintar dentro de casa
- 59.-Pintar fuera de casa
- 60.-Limpiar la casa
- 61.-Mover muebles

**Caza y pesca**

- 62.-Tiro con pistola
- 63.-Tiro con arco
- 64.-Pescar en la orilla del mar
- 65.-Pescar con botas altas dentro del río
- 66.-Caza menor
- 67.-Caza mayor (ciervos, osos...)

**Otra actividad no mencionada**

68.- 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

70.- 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

opción1

opción2

opción3

opción4

--	--

--	--

--	--

--	--



--	--	--	--	--

117 c.- ¿Cuántas veces practicó esa actividad durante dicha semana?

actividad 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2-3	<input type="radio"/> 4-5	<input type="radio"/> >5
actividad 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2-3	<input type="radio"/> 4-5	<input type="radio"/> >5
actividad 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2-3	<input type="radio"/> 4-5	<input type="radio"/> >5
actividad 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2-3	<input type="radio"/> 4-5	<input type="radio"/> >5

117 d.- ¿Cuánto tiempo cada vez que lo hizo?

d-1.- Actividad

<15'    <30'    <45'    <60'    <75'    <90'    105'    120'    >120'

d-2.-Actividad

<15'    <30'    <45'    <60'    <75'    <90'    105'    120'    >120'

d-3.-Actividad

<15'    <30'    <45'    <60'    <75'    <90'    105'    120'    >120'

d-4.-Actividad

<15'    <30'    <45'    <60'    <75'    <90'    105'    120'    >120'

118.- ¿Ha sentido dolor en el pecho en alguna ocasión?    SI    NO    NS

119.- Si lo ha tenido ¿Es un dolor que le da SOLO AL MOVERSE (cuando camina rápido, o pasea o sube una cuesta)?

- SI, SOLO AL MOVERME
- SI, TANTO MOVIENDOME COMO ESTANDO QUIETO
- NO PROCEDE



51412

página 41

--	--	--	--	--	--

120.- ¿Qué hace si la molestia le aparece al moverse?

- PARARSE o CAMINAR MAS DESPACIO
- CONTINUAR CAMINANDO
- OTRA COSA
- NO PROCEDE

121.- Si se para ¿Qué pasa con el dolor?

- SUELE ALIVIARSE
- SI, TANTO MOVIENDOME COMO ESTANDO QUIETO
- NO PROCEDE

122.- Si contestó que se le alivia ¿En cuánto tiempo suele aliviarse?

- En 10 minutos o menos
- En más de 10 minutos
- NO PROCEDE

123.- ¿Ha tenido alguna vez un dolor fuerte en el pecho que le dure media hora o más?

- SI
- NO
- NS

124 a.- ¿Cuántas horas duerme cada noche (o día, si por su trabajo tuviera ese horario)?

- <1
- 1 h
- 2 h
- 3 h
- 4 h
- 5 h
- 6 h
- 7 h
- 8 h
- >8 horas

124 b.- ¿Suele echarse una siesta?

- SI
- NO
- NS

124 c.- ¿De cuántos minutos?

- <10'
- <15'
- <20'
- <30'
- <45'
- <60'
- 90'
- 120'
- >120'



51412

--	--	--	--	--

¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

CANTIDAD CONSUMIDA  
CADA VEZ

	¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?											CANTIDAD CONSUMIDA CADA VEZ					
	Nunca	< 1 / mes	1-2 / mes	1 / semana	2 / semana	3-4 / sem.	5-6 / sem.	1 / día	2 / día	3 / día	>= 4 / día	<= 1/2	1	2	3	>= 4	
Pan de molde NO integral" (pan de lata")	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REBANADAS
Pan de molde INTEGRAL" (pan de lata")	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REBANADAS
Pan normal NO integral ("pan blanco" sea "de leña" o no)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEZAS de bocadillo
Pan normal INTEGRAL (Sea "de leña" o no)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEZAS de bocadillo
Gofio	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUCHARON
Cereales Azucarados (Kellogs, Pascual, etc..)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUCHARON
Cereales SIN AZUCARAR (Kellogs, Pascual, etc..)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUCHARON
Papas Fritas (NO DE BOLSA)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Papas Guisadas (compuestas, sancochadas o como sea, INCLUIDAS las del potaje)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
Legumbres (judías, lentejas, garbanzos, guisantes)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUCHARON
Carne de cochino, costillas (no contar embutidos)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Carne de vaca, buey, ternera, becerro ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Carne de conejo, liebre ..	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUARTO
Carne de Pollo, Aves,	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUARTO
Jamón Serrano ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LONCHAS
Jamón Cocido del EXTRA ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LONCHAS
Jamón Cocido NORMAL..	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LONCHAS
Hígado Fresco (Asadura) ..	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Carne de cordero ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo

¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

--	--	--	--	--

CANTIDAD CONSUMIDA  
CADA VEZ

	¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?											CANTIDAD CONSUMIDA CADA VEZ					
	Nunca	< 1 / mes	1-2 / mes	1 / semana	2 / semana	3-4 / sem.	5-6 / sem.	1 / día	2 / día	3 / día	>= 4 / día	<= 1/2	1	2	3	>= 4	
Huevos	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
Hamburguesas (con su panecillo)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
Perritos Calientes (con su panecillo)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
Pescado BLANCO (sama, viejas, alfonsines, besugo, cherne FRESCO o CONGELADO)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Pescado NEGRO o AZUL (atún, sardina, caballa, burro, sargo, chopas FRESCO o CONGELADO)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Pulpo, choco, pota, calamares FRESCO o CONGELADO	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Marisco (lapas, gambas, centollos FRESCO o CONGELADO)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Pescado SALADO o SECO (tollos, jareas, potas, etc)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Salchichas Canarias o de otro tipo	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
Visceras (callos, riñones)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Tocino, beicon, chicharrones	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Chorizo canario de "untar"	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
Chorizos u otros embutidos de cortar en rodajas...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LONCHAS
Fruta Fresca (sin contar jugos)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEZAS
Ensalada ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo
Manzana ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEZAS
Pera.	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEZAS
Plátano ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEZAS
Naranja, mandarina, pomelos, limones...	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEZAS



51412

--	--	--	--	--

¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

CANTIDAD CONSUMIDA  
CADA VEZ

	Nunca	< 1 / mes	1-2 / mes	1 / semana	2 / semana	3-4 / sem.	5-6 / sem.	1 / día	2 / día	3 / día	>= 4 / día		<= 1/2	1	2	3	>= 4	
Papayas	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO																
Uvas	<input type="checkbox"/>	CUCHARON explicar																
Jugo Natural, recién hecho NO ENVASADO	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Zumo de frutas ENVASADOS	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Frutas envasadas (ALMIBAR)	<input type="checkbox"/>	CUCHARON explicar																
Tomate crudo (contando el de las ensaladas)	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Aguacate (contando el de las ensaladas)	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Aceitunas (contando el de las ensaladas)	<input type="checkbox"/>	UNIDADES																
Cebollas crudas (contando el de las ensaladas)	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Pimientos crudos ( sean rojos o verdes, contando el de las ensaladas)	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Pepino (contando el de las ensaladas)	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Mangos, mangas	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Kiwi	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Higos Frescos	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Tunos, higos chumbos	<input type="checkbox"/>	PIEZAS																
Lechuga (contando el de las ensaladas)	<input type="checkbox"/>	HOJAS																
Ajos crudos o no	<input type="checkbox"/>	DIENTES																
Leche en polvo (bebida)	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Leche de cabra	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Leche líquida ENTERA (VACA)	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																

¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

--	--	--	--	--

CANTIDAD CONSUMIDA  
CADA VEZ

	Nunca	< 1 / mes	1-2 / mes	1 / semana	2 / semana	3-4 / sem.	5-6 / sem.	1 / día	2 / día	3 / día	>= 4 / día		<= 1/2	1	2	3	>= 4	
Leche líquida DESNATADA	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Leche líquida SEMIDESNATADA	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Leche con grasa vegetal Millac, preparados lácteos)	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Leche CONDENSADA	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)																
Yogur CON frutas	<input type="checkbox"/>	VASITOS (125 GR)																
Yogur SIN frutas	<input type="checkbox"/>	VASITOS (125 GR)																
Petit Suisse	<input type="checkbox"/>	VASITOS (125 GR)																
Flanes, natillas (industriales)	<input type="checkbox"/>	VASITOS (125 GR)																
Batidos industriales de leche	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Nata, crema de leche	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
Queso tierno BLANCO	<input type="checkbox"/>	LONCHAS																
Queso semicurado (Amarillo o blanco)	<input type="checkbox"/>	LONCHAS																
Queso curado (Amarillo o blanco)	<input type="checkbox"/>	LONCHAS																
Mantequilla	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)																
Margarina	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)																
Aceite de Oliva	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)																
Otro Aceite	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)																
Mayonesa	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)																
Ketchup y otras salsas de tomate compradas	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)																
Frutos secos (manises, almendras, nueces)	<input type="checkbox"/>	CUCHARON																

Nunca  
< 1 / mes  
1-2 / mes  
1 / semana  
2 / semana  
3-4 / sem.  
5-6 / sem.  
1 / día  
2 / día  
3 / día  
>= 4 / día

<= 1/2  
1  
2  
3  
>= 4

--	--	--	--	--

¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

CANTIDAD CONSUMIDA  
CADA VEZ

	Nunca	< 1 / mes	1-2 / mes	1 / semana	2 / semana	3-4 / sem.	5-6 / sem.	1 / día	2 / día	3 / día	>= 4 / día						
Mojo picón, tabasco	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)															
Mostaza	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)															
Azucar	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)															
Miel	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)															
Helados	<input type="checkbox"/>	BOLAS															
Polos	<input type="checkbox"/>	UNIDADES															
Pastelería industrial	<input type="checkbox"/>	UNIDADES															
Pastelería casera (1 rodaja de bizcochón =1 dulce)	<input type="checkbox"/>	UNIDADES															
Galletas SIN crema (María)	<input type="checkbox"/>	UNIDADES															
Galletas CON crema	<input type="checkbox"/>	UNIDADES															
Café Filtrado (cafetera eléctrica, tipo alemán)	<input type="checkbox"/>	TACITAS															
Café Expreso (casero o de bares y cafeterías)	<input type="checkbox"/>	TACITAS															
Café Descafeinado	<input type="checkbox"/>	TACITAS															
Cortados y barraquitos	<input type="checkbox"/>	TACITAS															
Chocolate, chocolatinas, bombones	<input type="checkbox"/>	BARRITAS															
Dulce de membrillo o dulce de guayaba	<input type="checkbox"/>	LONCHAS															
Mermelada	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)															
Caramelos y otras golosinas	<input type="checkbox"/>	UNIDADES															
Higos pasados	<input type="checkbox"/>	UNIDADES															
Pasas	<input type="checkbox"/>	CUCHARON explicar															

Nunca  
< 1 / mes  
1-2 / mes  
1 / semana  
2 / semana  
3-4 / sem.  
5-6 / sem.  
1 / día  
2 / día  
3 / día  
>= 4 / día

<= 1/2  
1  
2  
3  
>= 4



--	--	--	--	--

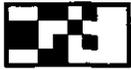
¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

CANTIDAD CONSUMIDA CADA VEZ

	Nunca	< 1 / mes	1-2 / mes	1 / semana	2 / semana	3-4 / sem.	5-6 / sem.	1 / día	2 / día	3 / día	>= 4 / día					
Sandía	<input type="checkbox"/>	RODAJAS														
Melón	<input type="checkbox"/>	RODAJAS														
Fresas	<input type="checkbox"/>	UNIDADES														
Cerezas	<input type="checkbox"/>	UNIDADES														
Berros	<input type="checkbox"/>	CUHARON														
Pimientas Picantes (enteras, no de mojo)	<input type="checkbox"/>	UNIDADES														
ARROZ (como sea, en cualquier comida)	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo														
Verdura Guisada (habichuela, zanahoria, calabacín, col, bubangos, calabaza, colflor)	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo														
Otras frutas	<input type="checkbox"/>	UNIDADES														
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIDADES
Té	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)														
Refrescos LIGHT con gas	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)														
Refrescos NO LIGHT con gas	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)														
Vino, cava, champán	<input type="checkbox"/>	COPAS (1/8L)														
Sidra, cerveza	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)														
Licores dulces y vinos dulces	<input type="checkbox"/>	COPAS (1/8L)														
Ron y coñac	<input type="checkbox"/>	COPAS (1/8L)														
Aguardientes, whisky	<input type="checkbox"/>	COPAS (1/8L)														

<= 1/2  
1  
2  
3  
>= 4

<= 1/2  
1  
2  
3  
>= 4



51412

--	--	--	--	--

¿CADA CUANTO TIEMPO SUELE COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

CANTIDAD CONSUMIDA  
CADA VEZ

	Nunca	< 1 / mes	1-2 / mes	1 / semana	2 / semana	3-4 / sem.	5-6 / sem.	1 / día	2 / día	3 / día	>= 4 / día	<= 1/2	1	2	3	>= 4	
Agua del grifo	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)															
Agua embotellada con gas	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)															
Agua embotellada sin gas	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)															
Refrescos sin gas	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)															
Sal	<input type="checkbox"/>	CUCHARAS (postre)															
Sardinas en lata, atún en lata	<input type="checkbox"/>	LATAS															
Ñame, boniato, batatas	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo															
Infusiones (tazas de agua): cuál? <input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)																
cuál? <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VASOS (1/4L)
Pastas guisadas en casa (macarrones, espaguetis, etc)	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo															
Potajes, sopas	<input type="checkbox"/>	CUCHARON (postre)															
Comida preparada de lata (fabada, etc)	<input type="checkbox"/>	CUCHARON (postre)															
Comida preparada de restaurantes (pizzas, comida china, etc)	<input type="checkbox"/>	PLATO LLANO ver dibujo															
Otro alimento: cuál? <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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

--	--	--	--	--

**Cuestionario de frecuencia de comidas:** Todas las preguntas de comida se refieren a su forma de comer de este último año (contando desde hoy para detrás, por ejemplo Abril - Abril; Septiembre - Septiembre, etc)

125.- ¿Qué comida de las siguientes hace usted **habitualmente** (casi todos los días)?

	SI	NO
DESAYUNO (aunque sea un café)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MEDIA MAÑANA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMIDA( ALMUERZO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MERIENDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CENA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMER ENTRE HORAS SIN SER LAS ANTERIORES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

125 a.- Su desayuno suele ser:

- SOLO LIQUIDO  
 LIQUIDOS Y SOLIDOS  
 NO SUELO DESAYUNAR

125 b.- ¿Suele tomar postre?  SI  NO  NS

126.- Durante los días laborables (de lunes a viernes para casi todo el mundo ), ¿Dónde hace esta comida la mayoría de las veces?ELEGIR 1 SOLA OPCION

	EN CASA (la suya o la de la familia	EN EL TRABAJO (cafeterías, bares)	EN EL TRABAJO (pero se la lleva de casa)	OTRO SITIO
DESAYUNO (aunque sea un café)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMIDA( ALMUERZO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CENA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



--	--	--	--	--

127.- Y los días que NO TRABAJA (domingos, festivos, ¿Dónde hace esta comida la mayoría de las veces?

	EN CASA (la suya o la de la familia	EN EL TRABAJO (cafeterías, bares)	EN EL TRABAJO (pero se la lleva de casa)	Restaurants, Cafeterías, Bares
DESAYUNO (aunque sea un café)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMIDA( ALMUERZO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CENA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

128.- ¿Con qué frecuencia almuerza o cena en los siguientes sitios?

	Nunca	Anual	Mensual	Semanal	Diaria
CAFETERIA o COMEDOR DE SU EMPRESA	<input type="checkbox"/>				
BARES o CAFETERIAS FUERA DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>				
RESTAURANTES	<input type="checkbox"/>				

129.- ¿Ha hecho alguna dieta o régimen de alimentación en el último año?

SI  NO  NS

130.- ¿Para qué ha hecho o hizo ese régimen o dieta?

<input type="radio"/> Perder Peso
<input type="radio"/> Ganar Peso
<input type="radio"/> Colesterol
<input type="radio"/> Presión Art
<input type="radio"/> Diabetes
<input type="radio"/> Corazón
<input type="radio"/> Riñón
<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> NS

131.- ¿Quién se la recomendó?

<input type="radio"/> Médico
<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Profesional
<input type="radio"/> Familiar
<input type="radio"/> Amigo
<input type="radio"/> Nadie
<input type="radio"/> TV-Prensa
<input type="radio"/> NS



--	--	--	--	--

132.- ¿Qué aceite suele usar para echarle a las ensaladas?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Maiz                  | Girasol               | Soja                  | Oliva Virgen          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Oliva                 | Otro                  | Ninguno               | No Sabe/No cocina     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

133.- ¿Qué aceite suele usar para guisar o freir?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Maiz                  | Girasol               | Soja                  | Oliva Virgen          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Oliva                 | Otro                  | Ninguno               | No Sabe/No cocina     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

134.- ¿Come usted carne?  SI  NO  NC

134 a.- Cuando come pollo ¿SE COME también la piel?  SI  NO  NS

134 b.- ¿Cómo come la carne en su casa la mayoría de las veces?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| FRITA                 | A LA BRASA            | A LA PLANCHA          | AL HORNO              | GUISADA               |
| <input type="radio"/> |

135.- ¿Come usted pescado?  SI  NO  NC

136.- ¿Cómo suele comer el pescado en casa?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| FRITO                 | A LA BRASA            | A LA PLANCHA          | AL HORNO              | GUISADO               |
| <input type="radio"/> |

137.- Cuando come cerdo o ternera ¿ SE COME (Le quita) la grasa al filete o chuleta?

- SI  NO  NS

138.- Cuando come cerdo o ternera ¿Cómo lo prefiere?

- |                             |                                |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| MUY HECHO<br>(ALGO QUEMADO) | POCO HECHO<br>(ALGO SANGRANTE) | MEDIO HECHO<br>(NI UNA COSA NI OTRA) |
| <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>                |







--	--	--	--	--	--

149.- ¿Cada cuánto se lava los dientes?

- > 3/DÍA  
 1-3 /DÍA  
 <1/DÍA  
 NC

150.- ¿Con qué frecuencia (cada cuanto tiempo) se ducha o baña?

- > 1/DÍA  
 1 /DÍA  
 2-3/SEMANA  
 1 SEMANA  
 < 1/SEMANA  
 NC

151.- ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar alguna bebida que tuviera alcohol?

151.2

--	--

AÑOS

151.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

152.- En el último año ha tenido algún tipo de quemadura por el sol (al menos la piel muy enrojecida y con molestias)?

- SI     NO     NS

153.- ¿Usa algún tipo de crema protectora contra el sol en la playa?

- SIEMPRE    NUNCA    ALGUNA VEZ

153 a.- ¿De qué grado de protección es la crema?

< 15 <input type="radio"/>	15-30 <input type="radio"/>	>30 <input type="radio"/>	NS <input type="radio"/>
-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------

154.- ¿Con qué frecuencia usa usted, **PERSONALMENTE**, el horno microondas?

- No tiene  
 Tiene pero no lo usa  
 1 vez/día o menos  
 2-10 veces/día  
 11-20 veces/día  
 >20 veces/día



--	--	--	--	--

¿Existe alguna torre o línea o transformador eléctrico DE ALTA TENSIÓN ?

155a.-En los alrededores de su casa. ¿A qué distancia?

- No
- SI, a menos de 10 mts
- SI, a menos de 25 mts
- SI, a menos de 50 mts
- SI, a menos de 100 mts
- NS

156b.-En los alrededores de su trabajo. ¿A qué distancia?

- No
- SI, a menos de 10 mts
- SI, a menos de 25 mts
- SI, a menos de 50 mts
- SI, a menos de 100 mts
- NS

155 b; 156 b ¿Existe algun FACTOR o CIRCUNSTANCIA en los alrededores de su casa/trabajo que considere perjudicial para su salud?

Su casa.

SI    NO   **código**

--	--

**especificar:**

---

Su trabajo.

SI    NO   **código**

--	--

**especificar:**

---

157.- ¿Con qué frecuencia usa un teléfono portatil o móvil?

No lo usa <input type="radio"/>	1 vez/día <input type="radio"/>	2-10 veces/día <input type="radio"/>	11-20 veces/día <input type="radio"/>	Más 20 veces/día <input type="radio"/>
------------------------------------	------------------------------------	---	--	---

158.- ¿Alguna vez usa o ha usado tintes para el pelo (Cualquier tipo: baños de color, champús para teñir, tintes en casa, en la peluquería, etc)?

<input type="radio"/> SI, aún los usa	<input type="radio"/> SI, pero ya no los usa	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NS
---------------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

159.- ¿A qué edad empezó a usarlos?

<input type="radio"/> < 30 años	<input type="radio"/> 30-40 años	<input type="radio"/> 40-50 años	<input type="radio"/> >50 años	<input type="radio"/> NS
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------

160.- ¿Durante cuántos años los ha usado?

< 1año <input type="radio"/>	1-3 años <input type="radio"/>	> 3 años <input type="radio"/>	> 5 años <input type="radio"/>	> 10 años <input type="radio"/>	> 15 años <input type="radio"/>	> 20 años <input type="radio"/>	NS <input type="radio"/>
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------

161.- ¿Con qué frecuencia se teñía o se tiñe?

<input type="radio"/> < 1 mes	<input type="radio"/> mensual	<input type="radio"/> 1-2 meses	<input type="radio"/> 3 meses	<input type="radio"/> > 3 meses	<input type="radio"/> NS
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------



--	--	--	--	--

PIDIENDO DISCULPAS POR LO PERSONAL DE ESTAS ÚLTIMAS PREGUNTAS  
(LE RECUERDO QUE PUEDE DECIDIR NO CONTESTAR CUALQUIER PREGUNTA QUE  
LE MOLESTE)

162.- Contando todas las personas que viven con usted ¿Cuánto calcula que son los ingresos mensuales en su caso?

- <6= 60.000 ptas
- 61.000-100.000 ptas
- 101.000-150.000 ptas
- 151.000-200.000 ptas
- 201.000-250.000 ptas
- 251.000-300.000 ptas
- >=300.000 ptas

163.- ¿A qué edad tuvo sus primeras relaciones sexuales?

151.2

--	--

AÑOS

151.1

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0

\*ESCRIBIR

\* MARCAR DECENAS, EN LA PRIMERA FILA, Y LAS UNIDADES EN LA SEGUNDA

164.- ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales actualmente?

- 1 o varias veces al día
- 1 o varias veces a la semana
- 1 0 varias veces al mes
- 1 o varias veces al año
- No tiene

165.- ¿Sus relaciones sexuales son estables con una sola pareja?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces no
- Casi nunca
- Nunca

166.- Sus relaciones sexuales son:

- Heterosexuales
- Homosexuales
- Ambas cosas
- Otro tipo
- No tiene