

CUESTIONARIO C_12 PROYECTO SUN

INSTRUCCIONES

Rellena exclusivamente a lápiz
 Borra completamente las marcas erróneas
 No escribas sobre el margen derecho
 No arrugues la hoja
 Marca correctamente las casillas
 Marca una sola casilla por respuesta



Marca así
 Así no marques

Fecha de Nacimiento		
DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Peso (Kg.)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ID					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Consumo medio durante el año pasado							
	Nunca o casi nunca	Al mes	A la semana			Al día		
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6
¿Con qué frecuencia comes en lugares de fast-food (pizzerías, hamburgueserías)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Con qué frecuencia tomas bebidas carbonatadas azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter...) excluyendo las "light" (1 lata, 33cl.)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Con qué frecuencia tomas bebidas "light" o "zero" (1 lata, 33cl.)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Con qué frecuencia tomas zumos envasados o embotellados ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Desde el **último cuestionario**, marca si has sido diagnosticado/a **por un médico** de alguna de las siguientes enfermedades o circunstancias (anota la fecha aproximada del diagnóstico):

	NO	SÍ	Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 h.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro accidente de tráfico sin hospitalización, con baja laboral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro tipo de accidente con lesión, incluyendo cualquier fractura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipertensión arterial (> 8,5 de mínima ó > 13 de máxima)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Osteoporosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colesterol alto (más de 200 mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infarto de miocardio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angina de pecho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirugía coronaria ("by-pass")	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fibrilación auricular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aneurisma de aorta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Embolia pulmonar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trombosis venosa periférica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diabetes (excluye diabetes gestacional)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diabetes gestacional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Embarazo (indica fecha parto o fecha prevista de parto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	NO	SÍ	Mes	Año
Operación de cataratas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóstico de cataratas sin operación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aumento de más de media dioptría en la miopía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glaucoma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Degeneración macular de retina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bronquitis crónica o enfisema	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Úlcera gástrica o duodenal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cólico nefrítico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cálculos en la vesícula	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anorexia nerviosa o bulimia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóstico de ansiedad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóstico médico de depresión	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pólipos en colon o recto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tumor maligno (señalar el tipo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra enfermedad o circunstancia (incluye tumores benignos) (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indica si has sido diagnosticado/a alguna vez **por un médico** de alguna de las siguientes enfermedades o circunstancias: (anota la fecha aproximada del diagnóstico):

	NO	SÍ	Mes	Año
Pérdida de memoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Demencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alzheimer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parkinson	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	NO	SÍ	Mes	Año
Reuma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artrosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artritis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIN

¡GRACIAS POR SEGUIR PARTICIPANDO!

POR FAVOR, NO RELLENES ESTA PARTE DEL CUESTIONARIO, ES SÓLO PARA FINES DE CODIFICACIÓN.

ENFERMEDAD O CIRCUNSTANCIA	MES												AÑO													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Accidente de tráfico con hospitalización																										
Otro accidente de tráfico sin hospitalización																										
Accidente deportivo con lesión																										
Otro tipo de accidente con lesión																										
Hipertensión arterial																										
Osteoporosis																										
Colesterol alto (más de 200 mg/dl)																										
Infarto de miocardio																										
Angina de pecho																										
Cirugía coronaria ("by-pass")																										
Fibrilación auricular																										
Aneurisma de aorta																										
Insuficiencia cardíaca																										
Embolia pulmonar																										
Trombosis venosa periférica																										
Diabetes (excluye diabetes gestacional)																										
Diabetes gestacional																										
Accidente cerebral vascular																										
Claudicación intermitente																										
Embarazo																										
Consulta dificultad embarazo																										
Operación de cataratas																										
Diagnóstico de cataratas sin operación																										
Aumento de más de media dioptría en la miopía																										
Glaucoma																										
Degeneración macular de retina																										
Bronquitis crónica o enfisema																										
Asma																										
Úlcera gástrica o duodenal																										
Cólico nefrítico																										
Cálculos en la vesícula																										
Anorexia nerviosa o bulimia																										
Diagnóstico de ansiedad																										
Diagnóstico médico de depresión																										
Pólipos en colon o recto																										
Tumor maligno																										
Otra enfermedad o circunstancia																										

Código tipo de tumor

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

Código otra enfermedad o circunstancia

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

Pérdida de memoria

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

Demencia

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

Alzheimer

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

Parkinson

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

Reuma

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

Artrosis

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

Artritis

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