

SEGUNDO CUESTIONARIO. ESTUDIO SUN ("SEGUIMIENTO UNIVERSIDAD DE NAVARRA")

1. Eres uno de los participantes del estudio SUN, ¿a cuál de los colectivos perteneces? (puedes elegir varias opciones)

- Graduado (o alumno) de la Universidad de Navarra
 Empleado de la Universidad de Navarra
 Socio ACUNSA
 Colegio de enfermería
 Me llegó el cuestionario por otro medio

(Por favor especificar) _____

2. En los 2 últimos años, ¿te han realizado estas exploraciones?

- Colonoscopia completa
 Sigmoidoscopia
 Determinación de colesterol
 Toma de la tensión arterial
 Electrocardiograma
 Ninguna de ellas

3. Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

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

4. Peso actual

(Kg.)

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

5. Desde el anterior cuestionario, ¿has cambiado en alguno de estos hábitos

	No he cambiado	He aumentado	He reducido	No sé
Consumo de leche/productos lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de fruta y/o verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de carne y/o embutidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de mantequilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de bollería no hecha en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad física (sumando ocio y trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso del ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Desde el primer cuestionario (4 páginas por las dos caras) de este proyecto que contestaste, ¿has sido diagnosticado por PRIMERA VEZ por un médico, de alguna de estas enfermedades o has pasado por alguna de las siguientes circunstancias?

	NO	SÍ	Fecha aproximada			NO	SÍ	Fecha aproximada	
			Mes	Año				Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro accidente de tráfico sin hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Aparición de miopía o aumento de más de 1/2 dioptría en la miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro percance con lesión, incluyendo cualquier fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Degeneración macular de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>(Dobla por esta línea)</small>					<small>(Dobla por esta línea)</small>				
Hipertensión arterial (más de 8,5 mínima o más de 13 máxima) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Bronquitis crónica o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto (más de 240 mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cólico nefrítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cálculos en la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugía coronaria ("by-pass")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Anorexia nerviosa o bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Diagnóstico de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pólipos en colon y recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Tumor (señalar el tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosis venosa periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Tumor de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Otra enfermedad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Claudicación intermitente (Insuficiencia arterial periférica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

7. ¿Cuántos km. viajas en coche o moto al año?
 < 1.500
 1.501-5000
 5.001-10.000
 10.001-20.000
 > 20.000

8. Cuando vas en coche, ¿usas el cinturón de seguridad?
 Nunca
 Casi nunca
 No siempre
 Siempre

9. Cuando vas en moto, ¿usas el casco?
 Nunca
 A veces
 Siempre
 No voy en moto

10. Cuando vas en bicicleta, ¿usas el casco?
 Nunca
 A veces
 Siempre
 No voy en bicicleta

11. ¿Qué medicación o suplementos dietéticos (incluyendo vitaminas, fibras, salvado, etc.) consumes de modo HABITUAL

- No consumo medicación o suplementos, salvo muy de vez en cuando
 Consumo habitualmente (a diario) la siguiente medicación o suplementos (si necesitas más espacio, añade una hoja por favor)

FÁRMACO	Nº veces al día Y DOSIS
1.	
2.	
3.	

FÁRMACO	Nº veces al día Y DOSIS
4.	
5.	
6.	

12. ¿Has acudido a consulta médica en los últimos 2 años?

- No
 Sí, en el Centro de Salud
 Sí, en la Clínica Universitaria de Navarra
 Sí, otro Hospital/otro médico

¡Muchas gracias por tu valiosa colaboración!

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO

SÓLO DEBES RELLENAR LA OTRA CARA DE ESTA HOJA

Por favor usa un lápiz del nº 2 para contestar todas las preguntas o para escribir la información requerida si existe un espacio. Es necesario rellenar por completo los pequeños recuadros de las opciones que correspondan a tu situación actual, como se indica en la siguiente figura:



EJEMPLO 1

1. Eres uno de los participantes del estudio SUN, ¿a cuál de los colectivos perteneces? (puedes elegir varias opciones)

- Graduado (o alumno) de la Universidad de Navarra
 Empleado de la Universidad de Navarra
 Socio ACUNSA
 Colegio de enfermería
 Me llegó el cuestionario por otro medio

(Por favor especificar)

Mi esposa es graduada

EJEMPLO 2

2. En los 2 últimos años, ¿te han realizado estas exploraciones?

- Colonoscopia completa
 Sigmoidoscopia
 Determinación de colesterol
 Toma de la tensión arterial
 Electrocardiograma
 Ninguna de ellas

EJEMPLO 3

3. Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año
0 9	0 5	2 5
0 0	0 0	0 0
1 1	1 1	1 1
2 2	2 2	2 2
3 3	3 3	3 3
4 4	4 4	4 4
5 5	5 5	5 5
6 6	6 6	6 6
7 7	7 7	7 7
8 8	8 8	8 8
9 9	9 9	9 9

Escribe tu fecha de nacimiento en los huecos que aparecen en la parte superior del cuadro. Por ejemplo: 9 Mayo de 1925 sería:

También debajo de cada número escrito, rellena el recuadro que corresponda al número.

(Dobla por esta línea)

Procura no dejar huecos en blanco, preferimos respuestas aproximadas antes que preguntas sin respuestas.

Si tienes algún comentario o sugerencia, por favor adjúntalo en hoja aparte, te lo agradecemos y lo estudiaremos con atención. También puedes escribirnos un correo electrónico a sun@unav.es.

Puedes contestar al cuestionario a través de Internet. La dirección a la que debes acceder es:

<http://www.unav.es/preventiva/>

A RELLENAR EN DESTINO: No debes marcar estas zonas sombreadas

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