

TERCER CUESTIONARIO. ESTUDIO SUN

Fecha de Nacimiento

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

Fecha actual cumplimentac.

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

Peso actual (Kg.)

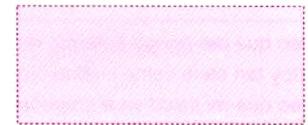
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

D.N.I. o Pasaporte

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

Letra

A	B	C
D	E	F
G	H	I
J	K	L
M	N	O
P	Q	R
S	T	U
V	W	X
Y	Z	



ID

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

En general, dirías que tu salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

¿Cómo dirías que es tu salud actual, comparada con la de hace 2 años?

Mucho mejor ahora Algo mejor ahora Más o menos igual Algo peor ahora Mucho peor ahora

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que podrías hacer en un día normal. Tu salud...

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
¿Te limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para hacer esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a bolos o caminar más de una hora?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para coger o llevar la bolsa de la compra?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para subir varios pisos por la escalera?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para subir un solo piso por la escalera?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para agacharte o arrodillarte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para caminar un kilómetro o más?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te limita para bañarte o vestirse por ti mismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Dobla por esta línea)

Durante las últimas 4 semanas...

	Sí	No
¿Tuviste que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a tus actividades cotidianas, a causa de tu salud física?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hiciste menos de lo que hubieras querido hacer, a causa de tu salud física?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuviste que dejar de hacer algunas tareas en tu trabajo o actividades cotidianas, a causa de tu salud física?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuviste dificultad para hacer tu trabajo o tus actividades cotidianas (por ejemplo, te costó más de lo normal), a causa de tu salud física?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuviste que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a tus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hiciste menos de lo que hubieras querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿No hiciste tu trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las últimas 4 semanas...

	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
¿Hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?.....	<input type="checkbox"/>				

¿Tuviste dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?

No, ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

¿Hasta qué punto el dolor te ha dificultado tu trabajo habitual? (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

Durante las 4 últimas semanas...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
¿Cuánto tiempo te sentiste lleno de vitalidad?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo estuviste muy nervioso?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo te sentiste tan bajo de moral que nada podía animarte?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo te sentiste calmado y tranquilo?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo tuviste mucha energía?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo te sentiste desanimado y triste?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo te sentiste agotado?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo te sentiste feliz?.....	<input type="checkbox"/>					
¿Cuánto tiempo te sentiste cansado?.....	<input type="checkbox"/>					

Durante las últimas 4 semanas. ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales te han dificultado tus actividades sociales? (como visitar a los amigos o familiares)

Siempre Casi siempre Algunas veces Solo alguna vez Nunca

Por favor, di si te parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>				
Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/>				
Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>				
Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>				

Desde el anterior cuestionario (ver fecha en página anterior), ¿has cambiado en alguno de estos hábitos?

	No he cambiado	He aumentado	He reducido	No sé		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 mantequilla	<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 aceite de oliva	<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 bollería no hecha en casa	<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"/>	Actividad física (sumando ocio y trabajo)	<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"/>	Uso del ordenador	<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"/>					

¿Has fumado algún cigarrillo en las últimas 4 semanas?

- No, nunca he fumado
- No, dejé de fumar desde hace... < 1 año 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10+ años
- Sí, fumo desde hace... < 1 año 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10+ años
- ↳ N° de cigarrillos/día... 1-4 5-14 15-24 25-34 35-44 45+

De modo habitual...

- ¿Cuántos kms. viajas en coche o moto al año? < 1.500 1.501-5.000 5.001-10.000 10.001-20.000 >20.000
- Cuando vas en coche ¿usas el cinturón de seguridad? Nunca Casi nunca No siempre Siempre
- Cuando vas en moto ¿usas el casco? Nunca A veces Siempre No voy en moto
- Cuando vas en bicicleta ¿usas el casco? Nunca A veces Siempre No voy en bicicleta

Desde el segundo cuestionario (ver fecha en página anterior), ¿te han realizado estas exploraciones?

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

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

- No Sí, de un médico generalista o de familia Sí, en un centro hospitalario o con un médico especialista

(Dobla por esta línea)

Desde el segundo cuestionario (ver fecha margen en página anterior) ¿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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes	Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro accidente de tráfico sin hospitalización, pero con baja laboral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Aparición de miopía o aumento de más de media dioptría en la miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro percance con lesión, incluyendo cualquier fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Degeneración macular de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipertensión arterial (más de 8,5 de mínima o más de 13 de máxima).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Bronquitis crónica o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosis venosa periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto (más de 240 mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cólico nefrítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cálculos en la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Anorexia nerviosa o bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugía coronaria ("by-pass")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Diagnóstico de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pólipos en colon o recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Tumor (señalar el tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(Tumor de):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Otra enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Embarazo (indica fecha parto o fecha prevista de parto)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

SUMCO 13146-04 (Rev.)

¿Qué medicación o suplementos dietéticos (incluyendo vitaminas, fibras, salvado, etc.) consumes A DIARIO:

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

MEDICAMENTO O SUPLEMENTO	Nº veces al día Y DOSIS
1.	
2.	
3.	

MEDICAMENTO O SUPLEMENTO	Nº veces al día Y DOSIS
4.	
5.	
6.	