

C-8 : QUINTO CUESTIONARIO PROYECTO SUN

Fecha de Nacimiento/...../.....

Peso actual (Kg.) [][][][]

¿Cuántos hijos e hijas tienes?..... Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más

Si tienes miopía, hipermetropía/vista cansada o astigmatismo, escribe el nº de dioptrías que tienes

Miopía		Hipermetropía/Vista cansada		Astigmatismo	
Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]

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 los últimos 2 años, ¿has perdido peso intencionadamente?

- No he cambiado He perdido 1-2 kg. He perdido 3-4 kg. He perdido 5-10 kg.
 He perdido más de 10 kg.

En los últimos 2 años, ¿has perdido peso NO voluntariamente (Ej.: debido a la enfermedad, estrés o depresión)?

- No he perdido He perdido 1-2 kg. He perdido 3-4 kg. He perdido 5-10 kg.
 He perdido más de 10 kg.

	Nunca o casi nunca	Al mes 1-3	A la semana			Al día			
			1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6 +
¿Con qué frecuencia haces comidas fuera de casa?.....	<input type="checkbox"/>								
¿Con qué frecuencia estas comidas son en lugares de fast-food (pizzerías, hamburgueserías)?.....	<input type="checkbox"/>								

¿Cuánto tiempo por término medio dedicas al día a trabajo de cerca (lectura, estudio, ...) un día típico de trabajo entre semana?

- Nunca 30 min 30-60 min. 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas 6 horas 7 horas 8 horas 9 ó más

¿Cuánto tiempo por término medio dedicas al día a trabajo de cerca (lectura, estudio, ...) un día típico de fin de semana?

- Nunca 30 min 30-60 min. 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas 6 horas 7 horas 8 horas 9 ó más

¿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

↳ Nº de cigarrillos/día..... Ocasionalmente 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

(Dobla por esta línea)

Desde el último cuestionario que nos contestaste ¿has sido diagnosticado por un médico por PRIMERA VEZ de alguna de estas condiciones o has pasado por alguna de las siguientes circunstancias? (recuerda que tienes la fecha de respuesta del último cuestionario que nos enviaste en la etiqueta pegada junto al nº de identificación en la parte superior derecha de la primera cara. Así pues, la fecha que escribas en las siguientes preguntas debe ser posterior a la que te indicamos):

	NO	Sí	Fecha aproximada diagnóstico		NO	Sí	Fecha aproximada diagnóstico	
			Mes	Año			Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas.	<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"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro tipo de accidente con lesión, incluyendo cualquier fractura.	<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"/>		
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto (más de 200 mg/dl)	<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"/>		
Angina de pecho	<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"/>		
Fibrilación auricular	<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"/>		
Insuficiencia cardiaca	<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"/>		
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes (excluye diabetes gestacional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes en el embarazo (gestacional)	<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"/>		
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica)	<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"/>		
Consulta al médico por dificultad para lograr el embarazo...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operación de cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico de cataratas sin operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aumento de más de media dioptría en la miopía	<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"/>		
Degeneración macular de retina	<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"/>		
Asma	<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"/>		
Cólico nefrítico	<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"/>		
Anorexia nerviosa o bulimia	<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"/>		
Diagnóstico médico de depresión	<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"/>		
Tumor maligno (señalar el tipo) ↓	<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"/>		
Otra enfermedad (incluye tumores benignos) ↓	<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"/>		

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, cuando nos respondiste por última vez?

- Mucho mejor que antes Algo mejor que antes 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"/>

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... ¿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?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nada</th> <th>Un poco</th> <th>Regular</th> <th>Bastante</th> <th>Mucho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

(Dobla por esta línea)

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"/>					

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

	Totalmente cierta	Bastante cierta	Nunca	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.....	<input type="checkbox"/>				
Me considero una persona con fuerza de voluntad.....	<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"/>				

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 algunas veces Nunca

Por favor, indica a continuación los datos de las últimas mediciones que te hayan hecho y que tengan menos de 2 años de antigüedad:

Perímetro cintura (Cm.)

TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)

Alta (sistólica)	Baja (diastólica)

AZUCAR Glucemia basal (mg/dl)

Glucosa

LÍPIDOS (mg/dl)

Colesterol Total	LDL	HDL	Triglicéridos