

# CUESTIONARIO C\_14 PROYECTO SUN

## Fecha nacimiento

Día Mes Año

## Peso actual

(Kg.)

Estado civil  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Otros

Nº de hijos  Ninguno  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 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  6-9  10 ó más

Sí, fumo desde hace...  < 1 año  1-2 años  3-5  6-9  10 ó más

Nº de cigarrillos/día...  Ocasionalmente  1-4  5-14  15-24  25-34  35-44  45+

ID

¿Haces ejercicio?  No (pasa a la siguiente pregunta)  Sí

¿Cuánto tiempo por término medio dedicaste a las siguientes actividades en el último año?

	FRECUENCIA MEDIA DURANTE LA SEMANA								MESES AL AÑO		
	NUNCA	MINUTOS / SEMANA			HORAS / SEMANA				<3	3-6	>6
		1-4	5-19	20-59	1-1,5	2-3	4-6	7-10			
Andar o pasear fuera de casa (incluye golf) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr o hacer jogging despacio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr más competitivo y rápido (atletismo, 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"/>
Pasear en bicicleta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicleta estática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenis, frontón, squash, otros de raqueta o pala .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fútbol, futbito .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros de equipo (baloncesto, balonmano...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baile, danza, aerobio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excursiones al monte, escalada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gimnasia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado del jardín y/o piscina, bricolaje, 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"/>
Esquí, patinaje .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Judo, karate u otras artes marciales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vela .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades físicas-deporte no mencionadas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿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 **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.	

Por favor, marca una única opción para cada alimento.	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
Mantequilla, margarina o nata (1 ración: 12 g.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva para cocinar, aliñar ensaladas o tomar con el pan (1 ración: 1 cucharada) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofrito (salsa de tomate con ajo, cebolla) cocinados con aceite de oliva .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras u hortalizas (1 ración 200 g.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres (lentejas, garbanzos, alubias, etc -1 ración: 60 g. en seco) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar que añades a las bebidas (café, té) o alimentos (yogur, cuajada), 1 cucharadita de postre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz integral (60 g. en crudo) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta integral (60 g. en crudo) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales integrales: muesli, copos avena, tipo all-bran (30 g.) .....	<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 fruta (1 unidad) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos (1 ración: 30 g.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, marca una única opción para cada alimento.	NUNCA O CASI NUNCA	CONSUMO MEDIO DURANTE EL AÑO PASADO							
		AL MES	A LA SEMANA			AL DÍA			
		1 - 3	1	2 - 4	5 - 6	1	2 - 3	4 - 6	6 +
Carnes rojas, salchichas o embutidos (1 ración 100-150 g.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de pollo, pavo, conejo (1 ración 100-150 g.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado-mariscos (1 rac. de pescado: 100-150 g.; 1 rac. de mariscos: 4-5 piezas ó 200 g.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos precocinados (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repostería comercial (no casera), incluyendo galletas, pasteles, flanes y postres dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumo natural (1 vaso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) (1 lata, 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas "light" o "zero" (1 lata, 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas energéticas (Red Bull, Burn, etc.) (1 lata, 25 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerveza (1 lata, 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerveza sin alcohol (1 lata, 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino tinto (1 vaso, 100 ml.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de vino (1 vaso, 100 ml.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino en las comidas (1 vaso, 100 ml.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licores destilados: whisky, ginebra, coñac, anís (1 copa, 50 ml.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por término medio en una semana típica, ¿cuántos días/semana bebes alcohol (vino, cerveza o licores destilados), incluyendo el que tomas en las comidas?

Nunca o casi nunca     1     2     3     4     5     6     7

¿Cuántos días/semana bebes vino en la comida?

Nunca o casi nunca     1     2     3     4     5     6     7

¿Cuál fue el máximo número de bebidas alcohólicas (sumado vino, cerveza y licor) que tomaste un día entre semana, un día de fin de semana o un día especial (celebración, boda, festividad)?

Ninguna     1-2     3-5     6-9     10-14     15 ó más

¿Qué porcentaje del aceite de oliva que consumes es virgen extra?  No consumo     < 25%     25-50%     51-75%     > 75%

¿Reutilizas el aceite de fritura?  Nunca     A veces     Siempre

¿Cuántas veces reutilizas el mismo aceite?  1-2     3-5     6 ó más

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	Año diagnóstico	
			Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro accidente de tráfico sin hospitalización, pero con baja laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro tipo de accidente con lesión, incluyendo cualquier fractura	<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"/>		
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto (más de 240 mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugía coronaria ("by-pass")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosis venosa periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes (excluye diabetes gestacional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embarazo (indica fecha parto o fecha prevista de parto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operación de cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico de cataratas sin operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aumento de más de media dioptría en la miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SUMCO 00000-13 (Ref.)

	NO	SÍ	Año diagnóstico	
			Mes	Año
Degeneración macular de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bronquitis crónica o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cólico nefrítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cálculos en la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anorexia nerviosa o bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico médico de depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pólipos en colon o recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Has sido diagnosticado por un médico de pérdida de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tumor maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otra enfermedad (incluye tumores benignos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(especificar)				

¿Has sido diagnosticado/a por un médico de enfermedad periodontal o gingivitis?  No     Sí    Mes:     Año:

¿Has notado últimamente pérdida de memoria?  No     Sí    Mes:     Año:

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!