



1. 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

2. 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

3. Peso actual (Kg.)

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

4. Peso hace 1 año (Kg.)

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

5. Desde el último cuestionario que nos contestaste, ¿te ha diagnosticado POR PRIMERA VEZ un médico de alguna de estas condiciones? o ¿has pasado por alguna de las siguientes circunstancias?: La fecha que escribas en las siguientes preguntas debe ser posterior a:

	NO	SÍ	FECHA	
			Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Otro accidente de tráfico sin hospitalización, pero con baja laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Otro tipo de accidente con lesión, incluyendo cualquier fractura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hipertensión arterial (más de 8,5 de mínima o más de 13 de máxima)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Colesterol total elevado (más de 240 mg/dl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Infarto de miocardio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Angina de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cirugía coronaria ("by-pass")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fibrilación auricular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Aneurisma de aorta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Embolia pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Trombosis venosa periférica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diabetes (excluye diabetes gestacional)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diabetes gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ictus / accidente cerebral vascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Embarazo (indica fecha parto o fecha prevista de parto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cataratas (sin operación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cataratas (con operación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Aumento de más de media dioptría en la miopía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Degeneración macular de retina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Migrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Bronquitis crónica o enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Apnea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Úlcera gástrica o duodenal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Reflujo gastro-esofágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hernia de hiato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

	NO	SÍ	FECHA	
			Mes	Año
Cólico nefrítico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cálculos en la vesícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Anorexia nerviosa o bulimia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diagnóstico médico de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diagnóstico médico de depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Pérdida de memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Demencia tipo Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Otro tipo de demencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Reuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Artrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Artritis reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Operaciones (cadera, rodilla, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Gingivitis (sangrado de encías, inflamación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Psoriasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Dermatitis atópica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Vitiligo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad renal crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Menopausia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Caries dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Pólipos en colon o recto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tumor maligno (especificar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
↓				
.....				
Otra enfermedad (incluye tumores benignos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
↓				
(especificar) .....				

6. Recientemente

	NO	SÍ
¿Has experimentado algún cambio en tu capacidad de recordar cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha costado más trabajo de lo normal recordar eventos recientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha costado más trabajo de lo normal recordar listas cortas, como la lista de la compra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te cuesta recordar cosas de un segundo a otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tienes dificultad entendiendo o siguiendo instrucciones habladas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha costado más trabajo de lo normal seguir una conversación grupal o la trama de un programa de TV debido a tu memoria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te cuesta recordar tu camino alrededor de calles conocidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. ¿Qué medicación o suplementos dietéticos (incluyendo vitaminas, fibras, salvado, etc.) consumes de modo HABITUAL?:**

- No consumo medicación o suplementos       Consumo habitualmente la siguiente medicación o suplementos

FÁRMACO / SUPLEMENTO	Nº VECES AL DÍA Y DOSIS
1.	
2.	
3.	
4.	

FÁRMACO / SUPLEMENTO	Nº VECES AL DÍA Y DOSIS
5.	
6.	
7.	
8.	

<b>8.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
En términos globales, ¿cuál sería tu grado de satisfacción con tu vida en estos momentos utilizando una escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «totalmente satisfecho con tu vida» y 0 equivale a «nada satisfecho con tu vida»?	<input type="radio"/>										
En general, ¿qué grado de felicidad o descontento sueles sentir utilizando una escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «inmensamente feliz» y 0 equivale a «muy descontento»?	<input type="radio"/>										
En términos generales, ¿cómo calificarías tu salud FÍSICA en una escala del 0 al 10 en la que 10 equivale a «excelente» salud física y «0» a «mala» salud física?	<input type="radio"/>										
¿Cómo calificarías tu salud MENTAL en términos generales utilizando la misma escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «excelente» salud mental y «0» a «mala» salud mental?	<input type="radio"/>										
En términos generales, ¿en qué medida crees que las cosas que haces en tu vida merecen la pena utilizando una escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «merece la pena totalmente» y 0 equivale a «no merece nada la pena»?	<input type="radio"/>										
¿En qué medida te identificas con las siguientes afirmaciones utilizando una escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «te sientes identificado» y 0 equivale a «no te sientes identificado»?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Siempre actúas buscando el bien bajo cualquier circunstancia, incluso en situaciones complicadas.	<input type="radio"/>										
Sacrificas la felicidad del momento actual para sentirte más feliz posteriormente.	<input type="radio"/>										
Indica hasta qué punto estás de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones utilizando una escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «totalmente de acuerdo» y 0 equivale a «totalmente en desacuerdo».	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Entiendes tu propósito en la vida.	<input type="radio"/>										
Estás satisfecho con tus amistades y relaciones personales.	<input type="radio"/>										
Tus relaciones personales te satisfacen en la medida que deseas.	<input type="radio"/>										
¿Con qué frecuencia te preocupa si podrás asumir los gastos mensuales habituales? Utiliza una escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «no me preocupa nunca» y 0 equivale a «me preocupa constantemente».	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
¿Con qué frecuencia te preocupas por la seguridad, la comida o la vivienda? Utiliza una escala de 0 a 10 en la que 10 equivale a «no me preocupa nunca» y 0 equivale a «me preocupa constantemente».	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**9. Durante cada intervalo de edad, ¿cuál ha sido tu número de bebidas alcohólicas ingerido? (1 copa de licores destilados equivale a 2)**

Bebidas →	Ning.	1-3 /mes	1 /sem	2-4 /sem	5-6 /sem	7-13 /sem	14/24 /sem	25-39 /sem	40 + /sem
< 15 años	<input type="radio"/>								
15 - 19 años	<input type="radio"/>								
20 - 29 años	<input type="radio"/>								
30 - 39 años	<input type="radio"/>								
40 - 49 años	<input type="radio"/>								
50 - 59 años	<input type="radio"/>								
60 + años	<input type="radio"/>								

**10. Durante el último año, ¿cuál ha sido tu consumo medio de las siguientes bebidas alcohólicas?**

Bebidas →	Ning.	1-3 /mes	1 /sem	2-4 /sem	5-6 /sem	7-13 /sem	14/24 /sem	25-39 /sem	40 + /sem
Cerveza	<input type="radio"/>								
Vino tinto	<input type="radio"/>								
Otros vinos	<input type="radio"/>								
Licores/Destilados	<input type="radio"/>								

**11. ¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado/a?**

1. Todo el tiempo .....
2. La mayoría de las veces .....
3. Parte del tiempo .....
4. Un poco del tiempo .....
5. En ningún momento .....

**12. ¿Tienes alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por tí mismo, sin ningún tipo de ayuda?**

SÍ     NO

**13. Por tí mismo sin uso de ayudas, ¿tienes alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?**

SÍ     NO

**14. ¿Alguna vez un médico te dijo que tienes alguna de las siguientes enfermedades?**

- |  |   |
|--|---|
| Hipertensión ..... <input type="radio"/>   | Insuficiencia cardíaca congestiva ..... <input type="radio"/> |
| Diabetes ..... <input type="radio"/>   | Angina de pecho ..... <input type="radio"/>                   |
| Enfermedad pulmonar crónica ..... <input type="radio"/>                                | Asma ..... <input type="radio"/>                              |
| Cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia) ..... <input type="radio"/> | Artritis ..... <input type="radio"/>                          |
| Ataque cardíaco ..... <input type="radio"/>  | Ictus ..... <input type="radio"/>                             |
|  | Enfermedad renal ..... <input type="radio"/>                  |

**15. Por término medio, ¿cuántas horas al día dedicas al uso de los siguientes dispositivos?**

TIEMPO AL DÍA	DÍA TÍPICO DE TRABAJO ENTRE SEMANA										DÍA TÍPICO DE FIN DE SEMANA										
	NUN-CA	< 30 MIN.	30 - 60 MIN.	HORAS / DÍA								NUN-CA	< 30 MIN.	30 - 60 MIN.	HORAS / DÍA						
Ordenador .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TV .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tablet .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Teléfono móvil .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**16. ¿Usas el teléfono móvil, una tablet o un ordenador portátil antes de dormirte cuando ya estás en la cama?**

nunca o casi nunca     1-2 días/semana     3-4 días/semana     5 ó más días/semana

**¡MUCHAS GRACIAS!**