

Etiqueta del paciente

Entrevistador/a: .....

Hospital:.....

Departamento:.....

Numero Historia Clínica:.....

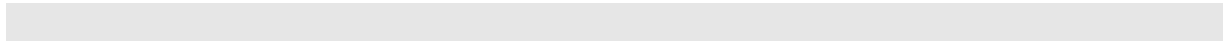
Fecha de la entrevista: .....

Hora inicio: .....

Hora fin: .....

**Estudio MCC Spain**  
**Cuestionario MCC adaptado para el estudio**  
**Leucemia Linfática Crónica (LCC).**

Revisado: 27 Julio de 2009



## A. SECCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

A1. Nombre \_\_\_\_\_

A2. Apellidos \_\_\_\_\_

A3. Sexo:  
 Hombre       Mujer

A4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?      \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ [saltar a A5]  
    (día) (mes) (año)

[Si no lo sabe] ¿Podría decirme su edad? \_\_\_\_ años

A5. ¿Dónde nació usted?  
     Ciudad      \_\_\_\_\_  
     Provincia      \_\_\_\_\_  
     País      \_\_\_\_\_

A6. ¿Cuál es la dirección completa de su residencia actual?  
     Calle, número, piso \_\_\_\_\_  
     Ciudad      \_\_\_\_\_  
     Código postal      \_\_\_\_\_  
     Provincia      \_\_\_\_\_  
     País      \_\_\_\_\_

A7. ¿Cuánto tiempo ha vivido usted en esta misma dirección?  
     \_\_\_\_\_ Número       Semanas  
     Meses  
     Años

A8. ¿Cuál es el número de teléfono de su residencia actual? \_\_\_\_\_

A9. ¿Podría darme otro teléfono de contacto, un móvil o el de algún familiar, para poder localizarle en caso de necesitarlo? \_\_\_\_\_

A10. Dígame, por favor, a que etnia o raza considera usted que pertenece:

<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico .....	1
<input type="checkbox"/> Magrebí .....	2
<input type="checkbox"/> Otro africano .....	3
<input type="checkbox"/> Asiático .....	4
<input type="checkbox"/> Gitano .....	5
<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ .....	6
<input type="checkbox"/> NS .....	99

A13. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que usted completó?

No sabe leer ni escribir .....	1
Sin estudios, pero sabe leer .....	2
Estudios primarios incompletos .....	3
Estudios primarios completos (EGB. o similar) .....	4

Formación profesional (FP. o similar).....	5
Bachiller o BUP o COU.....	6
Universidad.....	7
Otros (especificar):.....	8
NS.....	99

## B. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Ahora voy a preguntarle sobre su peso y altura:

B15. ¿Cuánto mide usted?

|\_|\_|\_| cm            NS=999

B17. ¿Cuál es su peso actual, desnudo y sin zapatos?

|\_|\_|\_| kg            No sabe=999

## C. TABACO

Ahora tengo algunas preguntas sobre el hábito de fumar

C1. A lo largo de su vida, ¿ha fumado usted? "SÍ" significa al menos 100 cigarrillos o 360 gramos de tabaco a lo largo de la vida.

Sí ..... 1  
 No..... 2 [saltar a C8]  
 No sabe ..... 9

C1b. ¿Ha fumado usted alguna vez de forma habitual, es decir, al menos un cigarrillo por día durante seis meses o más?

Sí ..... 1  
 No..... 2 [saltar a C8]  
 No sabe ..... 9

C2. ¿Que edad tenía cuando empezó a fumar?

\_\_\_\_\_años            NS=99

C3. ¿Usted fuma actualmente (considerando actualmente como el mes anterior)?

Sí ..... 1  
 No..... 2 [saltar a C6]  
 No sabe ..... 9

C4. ¿Cuánto fuma actualmente, de promedio?

Número de cigarrillos:    |\_|\_|\_| por día/semana/mes/año  
 Número de puros por semana:    |\_|\_|\_| 0 si <1 puro/semana  
 Tabaco de pipa en:            |\_|\_|\_|\_| gramos / semana

C4b. ¿Qué tipo de tabaco fuma?

Rubio..... 1  
 Negro ..... 2

Rubio y negro..... 3  
No sabe ..... 9

C5. ¿Ha dejado de fumar o fuma menos que antes?

Sí ..... 1  
No..... 2  
No sabe ..... 9

C6. ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar o redujo la cantidad que fumaba?

|\_|\_| años  
NS=99

C7. De promedio durante todo el tiempo que fumó, antes de que dejara de fumar o redujera la cantidad, ¿cuánto fumaba?

Número de cigarrillos:           |\_|\_| por día/semana/mes/año  
Número de puros por semana: |\_|\_| 0 si <1 puro/semana  
Tabaco de pipa en:               |\_|\_|\_| gramos / semana

C8. Durante su infancia y adolescencia, ¿fumaba alguna persona regularmente dentro de su casa?

Sí ..... 1  
No..... 2  
No sabe ..... 9

C9. ¿Cuántas personas fumaban en su casa?

|\_|\_| personas

## D. OCUPACIÓN

A continuación me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el tipo de trabajo que usted ha hecho.

D1. ¿Está usted actualmente trabajando, sin trabajo, ama de casa o trabajos domésticos, o está jubilado?

- Trabajando.....1 [ir a D3]
- Sin trabajo.....2 [ir a D3]
- Ama de casa.....3 [ir a D2]
- Jubilado/a.....4 [ir a D3]

D2. ¿Ha tenido usted algún trabajo fuera de casa?

Sí ..... 1 [seguir a D3]  
No..... 2 [ir a siguiente sección]  
No sabe..... 9

Ahora voy a preguntarle por cada uno de los trabajos que usted ha tenido. Estoy interesado en los trabajos que han tenido una duración de al menos 1 año. Empezaremos anotando el nombre de la empresa, el cargo y los años trabajados de su primer trabajo y seguiremos por cada uno de los trabajos que ha tenido hasta la actualidad.

	D3. ¿Cuál era el nombre de la empresa, la ciudad, provincia y país?	D4. ¿Cuál era la actividad de la empresa?	D5a. ¿Cuál fue el cargo que ocupaba usted en esa empresa?	D5b. ¿Cuáles eran sus actividades principales o tareas?	D6. ¿A qué edad empezó a trabajar allí?	D7. ¿A qué edad dejó de trabajar allí?
1	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
2	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
3	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
4	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
5	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
6	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
7	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
8	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
9	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99
10	Nombre: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	_____	_____	_____	_____ _____  NS=99	_____ _____  NS=99

A continuación me gustaría conocer algunos detalles de cada uno de los trabajos que usted ha tenido:

	D8. ¿Era un trabajo con exposición frecuente a agua municipal? (jardinero, lavacoches, lavar platos...)	D9. En este trabajo, ¿qué tipo de agua bebía normalmente?	D10. ¿Que tipo de trabajo era, por lo que concierne a la actividad física según las siguientes categorías?	D11. ¿Cuántas horas al día trabajaba?	D12. En este trabajo, ¿cuántas horas diarias pasaba al aire libre de promedio?	D13. ¿Qué tipo de trabajo era, respecto al turno?	D14. ¿Cuál fue su horario habitual de trabajo?	D15. ¿Cuántos días por mes trabajaba en turno de noche?	D15b. ¿Son estos días de trabajo en turno de noche consecutivos, de promedio?	D16. ¿Qué intensidad de luz había en este lugar de trabajo?	D17. ¿Qué porcentaje de tiempo trabajó en cada turno (mañana, tarde, noche)?
<i>TRABAJO 1:</i> Usted ha mencionado que había trabajado de ... (CARGO) en la empresa (EMPRESA)	SÍ.....1 NO.....2 NS.....9	Agua municipal...1 Embotellada.....2 Pozo/manantial...3 Otros.....4 (especificar) NS.....9	Sedentario .....1 Poco activo.....2 Moderadamente activo.....3 Bastante activo...4 Muy activo.....5 NS.....9	_____ NS=99	_____ NS=99	Día.....1 Noche.....2 Rotativo....3 [ir a D15] NS.....9	De _____:_____ A _____:_____	_____ NS=99	SÍ.....1 NO.....2 NS.....9	Tenue.....1 Normal.....2 Intensa.....3 NS.....9	Mañana _____% Tarde _____% Noche _____%
<i>TRABAJO 2:</i> Usted ha mencionado que había trabajado de ... (CARGO) en la empresa (EMPRESA)	SÍ.....1 NO.....2 NS.....9	Agua municipal...1 Embotellada.....2 Pozo/manantial...3 Otros.....4 (especificar) NS.....9	Sedentario .....1 Poco activo.....2 Moderadamente activo.....3 Bastante activo...4 Muy activo.....5 NS.....9	_____ NS=99	_____ NS=99	Día.....1 Noche.....2 Rotativo....3 [ir a D15] NS.....9	De _____:_____ A _____:_____	_____ NS=99	SÍ.....1 NO.....2 NS.....9	Tenue.....1 Normal.....2 Intensa.....3 NS.....9	Mañana _____% Tarde _____% Noche _____%
<i>TRABAJO 3:</i> Usted ha mencionado que había trabajado de ... (CARGO) en la empresa (EMPRESA)	SÍ.....1 NO.....2 NS.....9	Agua municipal...1 Embotellada.....2 Pozo/manantial...3 Otros.....4 (especificar) NS.....9	Sedentario .....1 Poco activo.....2 Moderadamente activo.....3 Bastante activo...4 Muy activo.....5 NS.....9	_____ NS=99	_____ NS=99	Día.....1 Noche.....2 Rotativo....3 [ir a D15] NS.....9	De _____:_____ A _____:_____	_____ NS=99	SÍ.....1 NO.....2 NS.....9	Tenue.....1 Normal.....2 Intensa.....3 NS.....9	Mañana _____% Tarde _____% Noche _____%

<p><b>TRABAJO 4:</b> Usted ha mencionado que había trabajado de ... (CARGO) en la empresa (EMPRESA)</p>	<p>SÍ.....1 NO.....2 NS.....9</p>	<p>Agua municipal...1 Embotellada.....2 Pozo/manantial...3 Otros.....4 (especificar) NS.....9</p>	<p>Sedentario .....1 Poco activo.....2 Moderadamente activo.....3 Bastante activo...4 Muy activo.....5 NS.....9</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>Día.....1 Noche.....2 Rotativo.....3 [ir a D15] NS.....9</p>	<p>De _____:_____ A _____:_____</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>SÍ.....1 NO.....2 NS.....9</p>	<p>Tenue.....1 Normal.....2 Intensa.....3 NS.....9</p>	<p>Mañana _____% Tarde _____% Noche _____%</p>
<p><b>TRABAJO 5:</b> Usted ha mencionado que había trabajado de ... (CARGO) en la empresa (EMPRESA)</p>	<p>SÍ.....1 NO.....2 NS.....9</p>	<p>Agua municipal...1 Embotellada.....2 Pozo/manantial...3 Otros.....4 (especificar) NS.....9</p>	<p>Sedentario .....1 Poco activo.....2 Moderadamente activo.....3 Bastante activo...4 Muy activo.....5 NS.....9</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>Día.....1 Noche.....2 Rotativo.....3 [ir a D15] NS.....9</p>	<p>De _____:_____ A _____:_____</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>SÍ.....1 NO.....2 NS.....9</p>	<p>Tenue.....1 Normal.....2 Intensa.....3 NS.....9</p>	<p>Mañana _____% Tarde _____% Noche _____%</p>
<p><b>TRABAJO 6:</b> Usted ha mencionado que había trabajado de ... (CARGO) en la empresa (EMPRESA)</p>	<p>SÍ.....1 NO.....2 NS.....9</p>	<p>Agua municipal...1 Embotellada.....2 Pozo/manantial...3 Otros.....4 (especificar) NS.....9</p>	<p>Sedentario .....1 Poco activo.....2 Moderadamente activo.....3 Bastante activo...4 Muy activo.....5 NS.....9</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>Día.....1 Noche.....2 Rotativo.....3 [ir a D15] NS.....9</p>	<p>De _____:_____ A _____:_____</p>	<p>_____ NS=99</p>	<p>SÍ.....1 NO.....2 NS.....9</p>	<p>Tenue.....1 Normal.....2 Intensa.....3 NS.....9</p>	<p>Mañana _____% Tarde _____% Noche _____%</p>

[Nota para la entrevistadora: Definiciones de actividad física en el trabajo:]

1. Sedentario (Implica estar sentado casi siempre, sin desarrollar actividad física)
2. Poco activa (profesiones o actividades que requieren alguna actividad física (estar de pie, algún desplazamiento corto)
3. Moderadamente activa (trabajos manuales que no requieren transporte de peso)
4. Bastante activa (trabajos o actividades de pie-andando que requieren actividad física)
5. Muy activa (Trabajo muy vigoroso que requiere importante gasto energético)

Aunque ya ha descrito todos sus trabajos, a continuación me gustaría hacerle unas preguntas sobre un tipo concreto de trabajo para verificar la exposición a pesticidas

D17. ¿Ha trabajado alguna vez como agricultor o como ganadero o criador de animales de granja?

Sí ..... 1  
No ..... 2 [Ir a la siguiente sección]

D18. ¿Ha utilizado alguna vez insecticidas tipo Diclorvos, como DDVP o Vapona, que se utilizan normalmente en cultivos de tabaco, lechuga, tomates, o en instalaciones con animales de granja?

Sí ..... 1  
No ..... 2  
NS ..... 9

D19. ¿Ha utilizado alguna vez insecticidas tipo Foratos, como Timetoato también conocido como Thimet, que se utilizan normalmente en cultivos de maíz, algodón o patata o en instalaciones con animales de granja?

Sí ..... 1  
No ..... 2  
NS ..... 9

D20. ¿Ha utilizado alguna vez herbicidas tipo butirato, también conocido como Sután, que se utilizan normalmente en cultivos de maíz, soja, cereales o uvas?

Sí ..... 1  
No ..... 2  
NS ..... 9

D21. ¿Ha utilizado alguna vez insecticidas del grupo de Fonofos, como el Difonato que se utilizan en cultivos de tabaco, cacahuete, cañas de azúcar?

Sí ..... 1  
No ..... 2  
NS ..... 9

D22. ¿Ha utilizado alguna vez otros pesticidas que no han sido mencionados, como por ejemplo Lorsban, Dursban u otros? Si "sí", por favor especifique qué pesticida era. Si no recuerda el nombre, ¿podría decirme para que cultivo lo utilizaba?

Sí ..... 1 Especificar: \_\_\_\_\_  
No ..... 2  
NS ..... 9

D23. De promedio, ¿cuál era la frecuencia de uso?

|\_|\_| Número       Semanas  
NS=99               Meses  
                          Años

D24. De promedio, ¿cuántas veces por año aplicaba pesticidas?

|\_|\_| veces/año  
NS=99



D25. ¿Con qué frecuencia utiliza productos químicos de limpieza (limpiacristales, salfumante, lejía...)?

- Todos los días
- De 2 a 3 veces por semana
- 1 vez por semana
- 1 vez cada 15 días
- 1 vez al mes

**F. HISTORIA RESIDENCIAL Y CONSUMO Y USO DEL AGUA**

Ahora me gustaría preguntarle sobre los lugares donde usted ha vivido a partir de los 18 años. Por favor, dígame cada lugar de residencia que ha vivido **durante un año o más**, incluyendo el servicio militar. Me gustaría **empezar por la residencia donde vivió cuando tenía 18 años** y luego ir hacia adelante en el tiempo **hasta su residencia actual**.

Residencia #	F1. ¿Cual era la dirección de su residencia a los 18 años?/ ¿Cuál era la dirección de su residencia posterior en la que vivió al menos durante 1 año?	F2. ¿Desde que edad hasta qué edad vivió usted allí?	
# 1	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#2	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#3	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#4	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#5	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#6	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#7	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#8	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99
#9	Calle _____ Municipio _____	Desde  _ _	Hasta  _ _

	Provincia _____ País _____	NS=99	NS=99
#10	Calle _____ Municipio _____ Provincia _____ País _____	Desde  _ _  NS=99	Hasta  _ _  NS=99

	F3. ¿Qué tipo de agua bebe/bebía habitualmente en esta residencia?	F4. ¿Estaba/está esta residencia a menos de 1km de una fábrica o industria?	F5. ¿Tenía/tiene ventanas que den a una calle o carretera situada a menos de 50 m. con mucho tráfico?	F6. ¿Cuántos carriles tenía la calle donde se encuentra su casa?
# 1	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#2	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#3	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#4	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#5	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#6	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#7	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#8	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#9	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99
#10	Embotellada 1 Municipal 2 Pozo/lluvia/otros 3 NS 9	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	_ _  NS=99

F8. Durante su vida adulta, en promedio, ¿cuántos vasos al día ha bebido de agua embotellada, municipal, de otro tipo, café, te o infusiones en casa, el trabajo y otros lugares?

	a. Casa	b.Trabajo	c. Otros lugares
F8a. Agua embotellada	_ _	_ _	_ _
F8b. Agua municipal	_ _	_ _	_ _
F8c. Agua de pozo privado, manantial, recogida de lluvia u otras fuentes que no provienen de la red de distribución municipal	_ _	_ _	_ _
F8d. Café	_ _	_ _	_ _
F8e. Te e infusiones	_ _	_ _	_ _

### G. HÁBITOS DE TOMAR EL SOL

G1. ¿Cuál es o era el color natural de su pelo?

- Negro o castaño muy oscuro
- Castaño
- Castaño claro
- Rubio
- Rubio-rojizo/Pelirrojo

G2. ¿Cuál es el color de su piel sin broncearse?

- Muy blanca
- Blanca
- Mediana
- Morena
- Negra

G3. ¿Cuál es el color de sus ojos?

- Negros/marrones oscuros
- Marrón claro/verde
- Azul/gris

G4. ¿Tiene pecas abundantes?

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- No sabe..... 9

G5. ¿Se broncea o se quema si se expone al sol de mediodía?

- Me bronceo fácilmente, no me quemo *(piel oscura)*
- Raramente me quemo, y luego me quedo bronceado
- Me quemo y luego me quedo moreno
- Me quemo y casi nunca me pongo moreno *(piel blanca)*

G6. ¿Cuántas veces se quemó el año pasado?

- No me quemé
- Sólo alguna quemadura
- Más de 5 quemaduras

G7. ¿Con qué frecuencia (veces por año), de promedio, se ha quemado hasta los 30 años?

- Nunca o raramente
- Menos de 5 veces
- Más de 5 veces

G8. ¿Con qué frecuencia (veces por año), de promedio, se ha quemado de los 30 años en adelante?

- Nunca o raramente
- Menos de 5 veces
- Más de 5 veces

G9. ¿Cuánto tiempo pasó al sol durante el verano pasado, teniendo en cuenta su trabajo y todas sus actividades?

- Raramente (<1 hora /día)
- A veces (1-2 horas /día)
- Regularmente (>2 h/día, pero menos de 4 horas/día)
- Muchas horas (>=4 horas/día)
- Con frecuencia durante el fin de semana y las vacaciones

G10. ¿Cuánto tiempo pasaba al sol durante el verano hace 10 años, teniendo en cuenta su trabajo y sus actividades fuera del trabajo?

- Raramente (<1 hora /día)
- A veces (1-2 horas /día)
- Regularmente (>2 h/día, pero menos de 4 horas/día)
- Muchas horas (>=4 horas/día)
- Con frecuencia durante el fin de semana y las vacaciones

## H. PRODUCTOS DE HIGIENE Y COSMÉTICOS

Ahora estoy interesado en conocer los productos de higiene personal y cosméticos que usted utiliza. Empezaremos por los tintes.

H1. ¿Ha usado alguna vez algún producto colorante, ya sea en casa o en la peluquería / barbero (incluyendo pelo, barba, bigote y cejas)?

- Sí..... 1
- No ..... 2 [pasar a H5]

H2. Aproximadamente, ¿a qué edad usó por primera vez algún producto colorante?

|\_|\_| años  
NS=99

H3. ¿Qué edad tenía la última vez que utilizó algún producto colorante?

|\_|\_| años  
NS=99

H4. ¿Qué tipos de productos usaba de la lista que le voy a mencionar?

tinte permanente

Color	edad primera vez	edad última vez	Frecuencia
Negro	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Marrón	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Rubio	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Rojo	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Otros	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más

baño de color o tinte semi-permanente

Color	edad primera vez	edad última vez	Frecuencia
Negro	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Marrón	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Rubio	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Rojo	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más
Otros	... años	... años	<input type="checkbox"/> rara vez <input type="checkbox"/> una vez/año <input type="checkbox"/> dos veces /año <input type="checkbox"/> tres a seis veces/año <input type="checkbox"/> cada mes o más

gel/espuma de color

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes  cada día

mechas

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes o más

reflejos o mechas inversas (para oscurecer algunos mechones)

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes o más

decoloración y posteriormente tinte rubio

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes o más

decoloración sin tinte posterior

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes o más

productos para el blanqueamiento de canas

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes o más

henna o productos similares de herboristerías

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes o más

brillantina

rara vez  una vez/año  dos veces /año  tres a seis veces/año  cada mes  cada día

H5. En los últimos 10 años, ¿ha utilizado/utiliza alguno de estos productos?		H6. ¿Con qué frecuencia lo utiliza de promedio?
Perfumes	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana mes NS=99
Productos para el lavado del cabello como champú, suavizante, etc.	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana mes NS=99
Productos capilares para el moldeado del pelo, por ejemplo, laca, espuma, gomina etc.	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana mes NS=99
Cremas o lociones para la cara, incluyendo maquillaje, crema hidratante, after-shave, etc.	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana

		mes NS=99
Cremas hidratante para el cuerpo	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana mes NS=99
Otro tipo de cremas y lociones para el cuerpo	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana mes NS=99
Crema hidratante para los manos o pies	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana mes NS=99
Desodorante	Sí No [saltar a siguiente producto]	_ _  veces por día semana mes NS=99
Pinta uñas	Sí No [saltar a siguiente sección]	_ _  veces por día semana mes NS=99

## I. HISTORIA MÉDICA

Ahora me gustaría continuar nuestra entrevista haciéndole algunas preguntas sobre su salud y su historial médico. Hace referencia a los problemas de salud que usted haya podido tener, en cualquier momento.

I1a. ¿Conoce usted su grupo sanguíneo?

- 0..... 1
- A ..... 3
- B..... 5
- AB..... 7
- NS ..... 9

I1b. ¿Qué Rh tiene usted, positivo o negativo?

- + ..... 1
- ..... 2
- NS ..... 9

I40. ¿Su médico le ha diagnosticado alguna vez o le ha dicho que tenía alguna de las enfermedades siguientes [leer la lista en el cuadro]?

Número	Condición/enfermedad	SÍ / NO
1	Diabetes	NO Sí, sin tratamiento farmacológico Sí, tratamiento antidiabéticos orales Sí, tratamiento insulina Sí, ambos tratamientos
2	Hipertensión	No Sí, sin tratamiento farmacológico Sí, con tratamiento farmacológico
3	Colesterol/triglicéridos altos	SÍ / NO
4	Angina de pecho	SÍ / NO

5	Infarto de miocardio	SÍ / NO
6	Ictus (trombosis, embolia, infarto cerebral)	SÍ / NO
7	Otros problemas circulatorios	SÍ / NO
8	Osteoartritis/artritis/ artrosis	SÍ / NO
9	Gota	SÍ / NO
10	Migraña/cefalea	SÍ / NO
11	Colitis ulcerosa	SÍ / NO
12	Enfermedad de Crohn	SÍ / NO
13	Litiasis renal	SÍ / NO
14	Piedras vesiculares	SÍ / NO
15	EPOC (bronquitis crónica, enfisema, asma)	SÍ / NO
16	Síndrome del colon irritable	SÍ / NO
17	Anemia	SÍ / NO
18	Diverticulitis	SÍ / NO
19	Enfermedad celiaca, es decir, intolerancia al gluten	SÍ / NO
20	Cáncer/ linfoma/leucemia	SÍ / NO (ir a I51)
21	Segundo cáncer	SÍ / NO (ir a I51)
22	Tercer cáncer	SÍ / NO (ir a I51)
23	Mononucleosis infecciosa (enf. Del beso)	SÍ / NO
24	Infección por Helicobacter pylori	SÍ / NO
25	Urticaria	SÍ / NO
26	Sinusitis	SÍ / NO
27	Asma	SÍ / NO
28	Eczema	SÍ / NO
29	Alergia	SÍ / NO
30	Hepatitis	SÍ / NO
31	Lupus	SÍ / NO
32	Artritis reumatoide	SÍ / NO
33	Bocio	SÍ / NO

*[REPETIR I41 HASTA I50 PARA CADA UNA DE LAS INDICACIONES EN QUE EL SUJETO HA CONTESTADO "SÍ"]*

I41. Número de condición/enfermedad (X)	I42. ¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron por primera vez de la condición X?	I43. ¿Durante cuánto tiempo tuvo la enfermedad/condición X?	I44. ¿Aún padece o está siendo tratado para la condición?	I45. Desde el diagnóstico de la condición X, ¿qué tratamiento ha utilizado al menos 30 VECES (ej., 30 pastillas) para tratar la condición X?	I46. ¿En qué año/ a qué edad empezó a tomar el tratamiento Y?	I47. ¿Está usted aún tomando el tratamiento Y?	I48. ¿En qué año / a qué edad dejó de tomar el tratamiento Y?	I49. ¿Cuál fue la dosis (o dosis más frecuente) del tratamiento Y que usted tomaba?		I50. ¿Con qué frecuencia tomaba su tratamiento Y?	
								#	tipo	# veces	por
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5

[Nota para entrevistador: I49 y I50: anotar solo la dosis más frecuente y la frecuencia de uso si la dosis o frecuencia han cambiado en el tiempo]



I41. Número de condición/enfermedad (X)	I42. ¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron por primera vez de la condición X?	I43. ¿Durante cuánto tiempo tuvo la enfermedad/condición X?	I44. ¿Aún padece o está siendo tratado para la condición?	I45. Desde el diagnóstico de la condición X, ¿qué tratamiento ha utilizado al menos 30 VECES (ej., 30 pastillas) para tratar la condición X?	I46. ¿En qué año/ a qué edad empezó a tomar el tratamiento Y?	I47. ¿Está usted aún tomando el tratamiento Y?	I48. ¿En qué año / a qué edad dejó de tomar el tratamiento Y?	I49. ¿Cuál fue la dosis (o dosis más frecuente) del tratamiento Y que usted tomaba?		I50. ¿Con qué frecuencia tomaba su tratamiento Y?	
								#	tipo	# veces	por
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5
	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_ _  Años NS=99	SÍ .....1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	SÍ .....1 NO.....2	_ _ _ _  año  _ _  Edad NS=9999	_____ NS=999	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	_____ NS=999	Día.....1 Semana.....2 Mes.....3 Año.....4 A demanda.5

[Nota para entrevistador: I49 y I50: anotar solo la dosis más frecuente y la frecuencia de uso si la dosis o frecuencia han cambiado en el tiempo]

[Si I40=càncer:]

I51. ¿Dónde estaba localizado el tumor?

\_\_\_\_\_  
NS=999

I52. ¿Qué tipo de tratamiento recibió?

- Ninguno
- Quirúrgico
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Otros (especificar)  \_\_\_\_\_
- NS

I53. ¿Cuántos ciclos (es decir, un número seguido de sesiones) de radioterapia recibió?

|\_|\_| ciclos  
NS=99

I54. ¿A qué edad recibió su primer ciclo de radioterapia?

|\_|\_| años  
NS=99

Ahora me gustaría hacer algunas preguntas sobre algunas pruebas médicas que le hayan realizado.

I58. Por favor, dígame si alguna vez le han hecho alguna de las siguientes pruebas:		I59. ¿Cuántas pruebas le han hecho durante toda su vida? (Cuenta solo las pruebas que le han hecho hasta 2 años antes del momento actual)	I60. ¿Cuántas de éstas pruebas le realizaron durante su infancia y adolescencia? (hasta los 20 años)
- rayos X en tórax (tronco), por ejemplo debido a una fractura costal, una posible neumonía, como prueba preoperatoria o dentro de una revisión médica?	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99
- rayos X en su abdomen, por ejemplo debido a una fractura de cadera, como prueba diagnóstica, como prueba preoperatoria o dentro de una revisión médica?	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99
- angiografía, un tipo especial de rayos X para ver el estado de sus venas y arterias del corazón	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99
- escáner o TAC de tórax	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99
- escáner o TAC de abdomen	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99

- radioscopia, una prueba que se hacía hace años donde podían ver su cuerpo a través de una pantalla	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99
- gammagrafía ósea	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99
- fluoroscopia	SÍ 1 NO 2 NS 9	_ _  NS=99	_ _  NS=99

## J. HISTORIA FAMILIAR

A continuación me gustaría preguntarle sobre sus familiares tanto los que siguen vivos como los que ya hayan fallecido

*[rellenar la tabla para cada familiar]*

J0. ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene (sin contarse usted mismo)?

|\_|\_|

Ahora le iré preguntando por cada uno de sus familiares. Empezaremos por su padre

Ahora le preguntaré por su madre

*[REPETIR J1 HASTA J9]*

A continuación le preguntaré por sus hermanos / hijos / abuelos / tíos

FAMILIAR	J1. ¿Era hombre o mujer?	J1.0. ¿Dónde nació?	J2. ¿Está Vivo?	J4. ¿A qué edad falleció? O ¿Qué edad tiene?	J5. ¿Cuál fue la causa de la muerte?	J6. ¿Padece o padeció cáncer o algún tumor maligno o diabetes?	J7. ¿Sabe qué tipo de tumor es/era?	J8. ¿A qué edad le diagnosticaron?	J9. ¿En qué hospital fue tratado?
Padre		Ciudad Provincia País	Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Madre		Ciudad Provincia País	Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hermano-a 1	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hermano-a 2	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hermano-a 3	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hermano-a 4	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hermano-a 5	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hermano-a 6	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hermano-a de padre	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____

Hermano-a de madre	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hijo-a 1	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hijo-a 2	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hijo-a 3	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hijo-a 4	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hijo-a 5	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Hijo-a 6	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Abuela materna		Ciudad Provincia País	Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Abuelo materno		Ciudad Provincia País	Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____

Abuela paterna		Ciudad Provincia País	Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Abuelo paterno		Ciudad Provincia País	Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Tío-a materno 1	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Tío-a materno 2	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Tío-a paterno 1	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Tío-a paterno 2	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____

Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____
Otros*: _____	Hombre...1 Mujer .....2		Sí...1 No...2	_ _ _  Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ _  edad	_____

\*Otros: primos, sobrinos, etc.

## K. MEDIDA DEL CONTORNO CINTURA Y CADERA, Y LONGITUD DE LOS DEDOS

A continuación, procederemos a medirle el contorno de su cintura y de su cadera

	1º MEDIDA	2ª MEDIDA	3ª MEDIDA
K1. Contorno de cintura?	_____ cm.	_____ cm.	_____ cm
K2. Contorno de cadera?	_____ cm.	_____ cm.	_____ cm

## SUP. CONSUMO DE FLUIDOS

A continuación, me gustaría preguntarle su consumo de bebidas. Estamos interesados en el consumo actual y en el consumo cuando usted tenía 30-40 años.

	En la actualidad, ¿con qué frecuencia bebe?	¿Cuál era la frecuencia de consumo en el pasado, entre los 30 y los 40 años?
<b>Vino blanco o rosado</b> (1 vaso o copa)	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día
<b>Vino tinto</b> (1 vaso o copa)	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día
<b>Cerveza con alcohol</b> (1 caña, botellín o lata)	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día
<b>Cerveza sin alcohol</b> (1 caña, botellín o lata)	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día



<b>Champán, cava (1 copa) o sidra (1 culín)</b>	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día
<b>Vino dulce, jerez, vermut o similar (1 copa o vasito)</b>	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día
<b>Brandy, coñac, ginebra, ron, whisky, orujo, vodka, aguardiente, licores, anisetes, pacharán (1 copa)</b>	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez por mes <input type="checkbox"/> 1-3 por mes <input type="checkbox"/> 1-2 por semana <input type="checkbox"/> 3-4 por semana <input type="checkbox"/> 5-6 por semana <input type="checkbox"/> 1 por día <input type="checkbox"/> 2-3 por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día

#### **M. CALIDAD DE LA ENTREVISTA**

M0. Resultado final de la entrevista

Acabada.....	1
Acabada parcialmente.....	2
No elegible.....	3
Fuera del área de estudio.....	4
Rechazo.....	5
Otras (especificar) .....	7

M1. La cooperación de la persona entrevistada fue:

Muy buena.....	1
Buena.....	2
Regular .....	3
Mala .....	4

M3. La calidad general de la entrevista es:

Insatisfactoria .....	1
Cuestionable .....	2
Fiable .....	3
De alta calidad .....	4

M4. Observaciones

---

Hora fin entrevista: .....