


Etiqueta del paciente



Entrevistador/a:

Hospital:

Departamento:

Numero Historia Clínica:

Fecha de la entrevista:

Hora inicio:

Estudio MCC-Spain

Versión 18
Revisado: 2 de Marzo de 2010

A. SECCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

A1. Nombre _____

A2. Apellidos _____

A3. Sexo:

 Hombre MujerA4. ¿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?

Calle, número, piso _____

Ciudad _____

Código postal _____

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*[Nota: si el sujeto ha vivido menos de 6 meses en la residencia actual y la residencia anterior no se encuentra dentro del área de influencia del hospital, terminar entrevista]*

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:

 Blanco/Caucásico 1 Magrebí 2 Otro africano 3 Asiático 4 Gitano 5

<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____	6
<input type="checkbox"/> NS	99

A11. ¿Y a qué etnia o grupo cultural pertenece o pertenecía su padre?

<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

A12. ¿A qué etnia o grupo cultural pertenece o pertenecía su madre?

<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

A14. Actualmente, ¿está usted soltero/a, o está casado/a, o viviendo con su compañero/a, viudo/a, separado/a o divorciado?

Soltero/a, nunca casado	1 [saltar a A16]
Casado o viviendo con un compañero/a sentimental	2
Separado o divorciado	3
Viudo/a	4
NS	99

A15. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que su pareja 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

A16. En cuanto al nivel socioeconómico de su padre, usted diría que su padre creció en una familia de:

- Clase social baja..... 1
- Clase social media..... 2
- Clase social alta..... 3
- No sabe..... 9

A17. En cuanto al nivel socioeconómico de su madre, diría que su madre creció en una familia de:

- Clase social baja..... 1
- Clase social media..... 2
- Clase social alta..... 3
- No sabe..... 9

A18. Cuando usted nació, ¿cuál era el nivel socioeconómico de sus padres?

- Clase social baja..... 1
- Clase social media..... 2
- Clase social alta..... 3
- No sabe..... 9

B. SECCIÓN DE HISTORIA PERSONAL y DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Vamos a empezar con algunas preguntas generales sobre usted y el entorno en el que creció:

B1. ¿Qué edad tenían sus padres biológicos aproximadamente cuando usted nació?

Madre |_|_| años NS=99

Padre |_|_| años NS=99

B2. ¿Sabe cuántos embarazos en total tuvo su madre, incluyendo abortos, antes de que usted naciese?

Ninguno 0

Nº de embarazos |_|_|

No sabe....99

B3. ¿Y cuántos partos tuvo su madre antes de usted (Entrevistador: incluye tanto partos con niños vivos o muertos)?

Ninguno 0

Nº de partos |_|_|

No sabe....99

B4. ¿Tiene o tuvo algún hermano gemelo o mellizo?

Sí..... 1
No..... 2 [saltar a B7]

B5. ¿Cuántos hermanos gemelos tiene?

|_|_|

B6. ¿Son gemelos (es decir, idénticos) o mellizos (se parecen menos)?

Gemelos 1
Mellizos..... 2

B7. ¿Fue usted un bebé prematuro?

Sí 1
No..... 2
No sabe 9

B8. ¿Sabe aproximadamente cuánto pesó usted al nacer?

Peso |_|_|, |_|_|_| kg [saltar a B10]
No sabe....9999

B9. Si no sabe exactamente cuanto pesó, ¿sabe al menos en qué rango estaba su peso?

Menos de 2,5 kg (más pequeño de lo normal)1
Entre 2,5 y menos de 4 kg (normal).....2
Igual o más de 4 kg (más grande de lo normal).....3
No sabe.....9

B10. ¿Sabe si su madre le dio el pecho (recibió usted lactancia materna)?

Sí 1
No..... 2 [saltar a B12]
No sabe 9 [saltar a B12]

B11. ¿Sabe aproximadamente cuánto tiempo le dieron de mamar?

|_|_| meses
Si < 2 semanas=0
Si ≥ 2 semanas=1
No sabe=99

B12. ¿Podría indicarnos cómo era usted en referencia al peso antes de desarrollarse con respecto a sus compañeros/as, es decir, antes de tener su primera regla si es mujer o antes de dar el estirón si es hombre?

Más gordito/a que los/las demás1
Normal2
Más delgado/a que la mayoría3
No lo sabe9

B13. ¿Podría indicarnos cómo era usted en referencia a la talla antes de desarrollarse con respecto a sus compañeros/as, es decir, antes de tener su primera regla si es mujer o antes de dar el estirón si es hombre?

Más alto/a que los/las demás1
Normal2
Más bajo/a que la mayoría3

No lo sabe/No contesta9

B14. En la adolescencia, ¿sabe a qué edad se desarrolló, es decir, notó que se producían los cambios propios de la pubertad? (crecimiento, cambio de la voz si es hombre, crecimiento del pecho si es mujer, etc)

Edad |__|__| años No sabe=99

Ahora voy a preguntarle sobre su peso y altura:

B15. ¿Cuánto mide usted?

|__|__|__| cm NS=999

B16. ¿A qué edad aproximadamente alcanzó usted su altura máxima?

|__|__| años No sabe=99

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

|__|__|__| kg No sabe=999

B18. ¿Y cuál ha sido el peso que tenía usted, aproximadamente, y sin estar embarazada en caso de ser mujer?

	Peso (Kg)	
A los 20 años	__ __ __	NS=999
A los 45 años	__ __ __	NS o menos de 45 años=999
Hace un año	__ __ __	NS=999

B19. En el pasado, ¿cuál ha sido el peso máximo que usted ha llegado a alcanzar, sin estar embarazada si es usted mujer, y qué edad tenía en ese momento?

Peso |__|__|__| Kg No sabe....999

Edad |__|__| años No sabe....99

B20. Después de los 18 años, ¿cuántas veces ha perdido 6 kg o más y luego los ha recuperado (si es mujer no tenga en cuenta los embarazos)?

|__|__| veces No sabe....99

B21. Cuando sube de peso ¿en qué parte de su cuerpo se le acumula más la grasa?

- Alrededor del pecho y de los hombros1
- Alrededor de la cadera y muslos2
- Alrededor de la cintura, en la tripa o vientre3
- De forma parecida en todo el cuerpo4

Siempre me mantengo en mi peso5
 No sabe9

B22. ¿Es usted zurdo, es decir, tiene más habilidad para hacer tareas manuales con la mano izquierda que con la derecha?

[Nota entrevistador: se considera zurdo si nació zurdo, aunque de pequeño lo obligaran a cambiar]

Sí 1
 No..... 2
 No sabe 9

A continuación voy a preguntarle sobre el uso de cinturones, fajas y ropa ajustada.

B23. Ha utilizado usted cinturones durante...?		B24. ¿Cuántos días por semana lo usaba?	B25. ¿Cuántos días por semana utilizaba pantalones o faldas muy ajustadas en la cintura?	B26. ¿Cuántos días por semana utilizaba fajas?
El último año	Sí, sin ser ajustado....1 Sí, ajustado.....2 No.....3	_ _ NS=99	_ _ NS=99 No utilizaba=00	_ _ NS=99 No utilizaba=00
En promedio durante su vida adulta	Sí, sin ser ajustado....1 Sí, ajustado.....2 No.....3	_ _ NS=99	_ _ NS=99 No utilizaba=00	_ _ NS=99 No utilizaba=00

[SÓLO MUJERES]

B27. Por favor, piense en la época en que usted tenía 10 años, o antes de tener su primera menstruación si esta fue anterior. ¿Qué dibujo de los que le mostramos se parece más a como era usted entonces? [MOSTRAR TARJETA 1]

Anotar Número |_|_|

B28. Ahora piense en la época en la que usted tuvo la regla. ¿Qué dibujo de los que le mostramos se parece más a como era usted entonces? [MOSTRAR TARJETA 1]

Anotar Número |_|_|

B29. A los 18 años sus pechos eran:

Más pequeños que la media.....1
 Normales2
 Más grandes que la media3
 No sabe/No contesta9

B30. A los 45 años, o inmediatamente antes de tener la menopausia, sus pechos eran:

Más pequeños que la media.....1
 Normales2
 Más grandes que la media3
 No sabe/No contesta9

B31. Por favor, ¿qué dibujo de los que le mostramos se parece más a su aspecto actual? [MOSTRAR TARJETA 2]

Anotar Número |__|

B32. ¿Qué talla de sujetador utiliza?

80 85 90 95 100 105 110 115 120+

NS=999

B33. ¿Qué copa utiliza?

A: Pequeña1
 B: Mediana2
 C: Grande3
 D: Muy grande.....4
 No sabe / No contesta9

B34. En la actualidad considera que sus pechos son:

Más pequeños que la media.....1
 Normales2
 Más grandes que la media3
 No sabe/No contesta/Tiene menos de 45 años.....9

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 [saltar a C8]
 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 [saltar a C12]
 No sabe 9

C9. ¿Cuántas personas fumaban en su casa?

|_|_| personas

[SÓLO PARA NO FUMADORES]

C10. En promedio durante su vida adulta, ¿ha fumado alguna persona regularmente dentro de su casa?

Sí 1
 No..... 2 [saltar a C12]
 No sabe 9

C11. ¿Cuántas personas fuman o fumaban en su casa?

|_|_| personas

C12. En promedio durante su vida laboral, ¿compartía su espacio de trabajo con personas que fumaban?

Sí 1
 No..... 2 [saltar a C15]
 No sabe 9

C13. Aproximadamente, ¿durante cuanto tiempo diría que trabajó en ambientes cargados de humo?
|_|_| años

C14. En este/estos trabajo/s, ¿Cuánta gente fumaba a su alrededor?
|_|_|_| personas
NS=999

C15. En su tiempo de ocio, ¿frecuenta o ha frecuentado usted ambientes cargados de humo?
Sí..... 1
No..... 2 [saltar a sección siguiente]

C16. Aproximadamente, ¿durante cuanto tiempo diría usted que ha estado expuesto a ambientes cargados de humo en su tiempo de ocio?

En la adolescencia (hasta los 18 años) |_|_| horas por semana

En su juventud (entre los 19-30) |_|_| horas por semana

A partir de los 30 años..... |_|_| horas por semana

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	Sedentario1 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	Sedentario1 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	Sedentario1 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 _____%

TRABAJO 4: 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	Sedentario1 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 __ __ %
TRABAJO 5: 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	Sedentario1 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 __ __ %
TRABAJO 6: 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	Sedentario1 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 __ __ %

[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

E. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

A continuación le preguntaremos sobre actividades físicas que se realizan en casa.

E1. ¿Cuántas horas por semana dedica a actividades del hogar que no requieren mucho esfuerzo físico, como cocinar, lavar o planchar, hacer la cama?

|_|_| horas

NS=99

E2. ¿Cuántas horas por semana dedica a actividades que le requieren esfuerzo físico, como limpiar suelos o ventanas, cuartos de baño, jugar/cuidar a los niños caminando o corriendo, etc.?

|_|_| horas

NS=99

A continuación le preguntaremos sobre actividades físicas que se realizan fuera de horas de trabajo, incluyendo caminar, realizar algún deporte, ir al gimnasio, etc. Nos interesan actividades físicas que ha realizado de manera continua y durante un periodo de tiempo de 6 meses o más.

E3. Durante toda su vida, ¿que tipo de actividad física realizó?	E4. ¿A que edad empezó a realizar este tipo de actividad?	E5. ¿A que edad dejó de realizar esta actividad?	E6. ¿Con que frecuencia la practicaba? (horas/semana)
	_ _	_ _	
	_ _	_ _	
	_ _	_ _	
	_ _	_ _	
	_ _	_ _	
	_ _	_ _	

A continuación le preguntaré sobre el tiempo que se pasa sentado. Tenga en cuenta también el tiempo que pasa sentado en un tren o autobús y el tiempo que pasa conduciendo.

	Durante la semana	Durante los fines de semana
E7. Durante el último año, ¿cuántas horas al día pasa sentado, separando días laborables y fines de semana?	_ _ NS=99	_ _ NS=99
E8. De los 30 a los 39 años, ¿cuántas horas al día pasa sentado, separando días laborables y fines de semana?	_ _ NS=99	_ _ NS=99
E9. De los 50 a los 59 años, ¿cuántas horas al día pasa sentado, separando días laborables y fines de semana?	_ _ NS=99	_ _ NS=99

Baja intensidad <i>(esta actividad requería poco esfuerzo físico. no sudaba y no notaba que su pulso se acelerase)</i>	Media <i>(esta actividad requería un esfuerzo físico moderado. Durante su práctica se suda un poco y se nota un ligero aumento de las pulsaciones)</i>	Intensa <i>(esta actividad requería un esfuerzo físico importante, durante su práctica se suda mucho y se nota que las pulsaciones se aceleran mucho)</i>
Caminar Trabajo de la casa Arreglar el jardín Trabajar en el huerto Carpintería Ejercicio en casa Bailar Petanca Pescar	Excursiones Aeróbic o Ballet Ir al gimnasio Jogging Nadar Esquiar Tenis Básquet Bicicleta Cazar	Correr Levantar pesas Squash Fútbol Ciclismo Deporte de competición

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 _____ Provincia _____ País _____	Desde _ _ NS=99	Hasta _ _ 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	_ _	_ _	_ _

A continuación le preguntaré sobre el uso del agua en varias actividades diarias.

F9. Habitualmente, a lo largo de su vida adulta, ¿usted ha tomado duchas, baños o ambos?

- DUCHAS 1 (IR A F10a)
- BAÑOS 2 (IR A F10b)
- AMBOS 3
- POR PARTES (A TROZOS) 4 (IR A F10c)
- NS..... 9 (SALTAR A F12)

	F10. ¿Con qué frecuencia tomaba un/a (TIPO)?	F11. ¿Durante cuánto tiempo, de promedio?
a. DUCHA	_____ POR SEMANA1 # VECES MES2 AÑO 3 NS99	_ _ _ # minutos NS=999 SI F9=1 (DUCHAS SÓLO), SALTAR HASTA F12.
b. BAÑO	_____ POR SEMANA1 # VECES MES2 AÑO 3 NS99	_ _ _ # minutos NS=999 SI F9=2 (BAÑOS SÓLO), SALTAR HASTA F12.
c. a trozos	_____ POR SEMANA1 # VECES MES2 AÑO 3 NS 99	_ _ _ # minutos NS=999

F12. ¿En promedio durante su vida adulta, ha fregado usted normalmente los platos a mano?

- Sí, a mano sólo..... 1
- Sí, a mano y con lavaplatos 2
- No..... 3 (SALTAR A F17)
- NS..... 9 (SALTAR A F17)

F13. ¿En promedio durante la mayor parte de su vida adulta, con qué frecuencia lavaba usted a mano personalmente los platos?

|_|_| DÍA1
 # VECES POR SEMANA2
 Menos de una vez por SEMANA 96 (SALTAR A F17)
 NS 99 (SALTAR A F17)

F14. ¿Durante cuánto tiempo, de promedio? |_|_|_| # minutos
 NS 999

F15. ¿Utilizaba guantes normalmente cuando lavaba los platos a mano?

La mayor parte de las veces.....1
 A veces, pero no frecuentemente2
 Nunca o casi nunca3
 NS9

Ahora le preguntaré sobre la asistencia a piscinas.

F17. ¿Ha ido a la piscina para bañarse más de 10 veces en su vida?

SÍ..... 1 (ir A F18)
 NO 2 (ir A SIGUIENTE SECCIÓN)
 NS..... 9 (ir A SIGUIENTE SECCIÓN)

F18. ¿En qué año empezó a ir a la piscina?

|_|_|_| o |_|_|
 AÑO EDAD
 NS..... 9999

F19. ¿En promedio, durante su vida adulta con qué frecuencia ha ido usted a la piscina para bañarse?

a. Verano (Junio, Julio, Agosto)	b. Resto del año
_ _ _ VECES/SEMANA 1	_ _ _ VECES/SEMANA 1
_ _ _ VECES/MES 2	_ _ _ VECES/MES 2
_ _ _ VECES/AÑO 3	_ _ _ VECES/AÑO 3
MENOS DE UNA VEZ AL AÑO... 98 (saltar a F22)	MENOS DE UNA VEZ AL AÑO... 98 (saltar a F22)
NS 99 (saltar a F22)	NS 99 (saltar a F22)

F20. ¿Durante cuánto tiempo de media usted permanecía en el agua?

a. Verano (Junio, Julio, Agosto)	b. Resto del año
_ _ # MINUTOS NS 99	_ _ # MINUTOS NS 99

F21. ¿Era generalmente una piscina interior, exterior o ambos tipos por igual?

a. Verano (Junio, Julio, Agosto)	b. Resto del año
Interior1	Interior1
Exterior..... 2	Exterior..... 2
Ambos exterior e interior3	Ambos exterior e interior3
NS9	NS9

F22. ¿En qué año dejó de ir a la piscina?

|_|_|_| | o |_|_|
AÑO EDAD
Actualmente va a la piscina..... 9998
Ns.....9999

G. HÁBITOS DE TOMAR EL SOL Y HÁBITOS DE SUEÑO

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

Ahora le preguntaré por sus **hábitos de sueño**:

G11. Durante los últimos 10 años, ¿suele irse a dormir aproximadamente a la misma hora cada día?

- Sí 1
 No 2 [*salta a G13*]
 No sabe 9 [*salta a G13*]

G12. ¿A qué hora suele irse a dormir habitualmente?

__: __ h

G13. ¿Cuántas horas suele dormir de promedio?

____ h

G14. ¿Ha tenido durante algún período largo de su vida (al menos 1 año) problemas del sueño?

Sí 1
 No 2 [saltar a G18]
 No sabe 9 [saltar a G18]

G15. De la siguiente lista, por favor, dígame cuales ha sufrido:

Dificultades para conciliar el sueño	SÍ	NO
Desvelarse a media noche	SÍ	NO
Ha necesitado medicación para dormir	SÍ	NO
Otros (especificar): _____	SÍ	NO

G16. ¿A qué edad empezó a tener problemas del sueño?

|_|_| años
 NS=99

G17. ¿A qué edad dejó de tener problemas del sueño?

|_|_| años
 NS=99

G18. ¿Ha tenido algún período largo de su vida (al menos 1 año) con cambios frecuentes en la hora de irse a dormir?

Sí 1
 No 2 [saltar a G20]
 No sabe 9 [saltar a G20]

G19. ¿Estos cambios frecuentes a la hora de irse a dormir se han debido a trabajar en el turno de noche o a otras razones? ¿Cuáles?

Trabajo en turno de noche	SÍ	NO
Otros motivos (especificar): _____		

G20. Durante la semana, ¿cuántos días hace siesta?

____ días/semana

G21. ¿Cuánto tiempo dura, de promedio, la siesta?

|_|_| Minutos

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
- baño de color o tinte semi-permanente
- gel/espuma de color
- mechas
- reflejos o mechas inversas (para oscurecer algunos mechones)
- decoloración y posteriormente tinte rubio
- decoloración sin tinte posterior
- productos para el blanqueamiento de canas
- henna o productos similares de herboristerías
- brillantina

H4b. Me interesa tener más información sobre los productos que usa o usaba más a menudo y que utilizó durante más de un año.

Tipo de producto	¿Qué color utilizaba?	¿A qué edad lo utilizó por primera vez?	¿A qué edad lo utilizó por última vez?	¿Con que frecuencia utilizaba este color?
	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Marrón <input type="checkbox"/> Rubio <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Otros	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/> cada mes o más <input type="checkbox"/> de 3 a 6 veces al año <input type="checkbox"/> dos veces al año <input type="checkbox"/> una vez al año <input type="checkbox"/> menos de una vez al año
	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Marrón <input type="checkbox"/> Rubio <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Otros	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/> cada mes o más <input type="checkbox"/> de 3 a 6 veces al año <input type="checkbox"/> dos veces al año <input type="checkbox"/> una vez al año <input type="checkbox"/> menos de una vez al año
	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Marrón <input type="checkbox"/> Rubio <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Otros	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/> cada mes o más <input type="checkbox"/> de 3 a 6 veces al año <input type="checkbox"/> dos veces al año <input type="checkbox"/> una vez al año <input type="checkbox"/> menos de una vez al año
	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Marrón <input type="checkbox"/> Rubio <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Otros	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/> cada mes o más <input type="checkbox"/> de 3 a 6 veces al año <input type="checkbox"/> dos veces al año <input type="checkbox"/> una vez al año <input type="checkbox"/> menos de una vez al año

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

I2. ¿Sufre o ha sufrido usted de forma habitual ardor de estómago o sensación de reflujo?

SÍ1

NO2

I3. ¿Le han diagnosticado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades?

Úlcera de estómago o de duodeno/intestino

Hernia de hiato

Esofagitis

Infección por *Helicobacter pylori*

Gastritis crónica

Ninguna

I4. De promedio, ¿con que frecuencia tenía usted ardor de estómago o sensación de reflujo?

|_|_| VECES |_| DÍA 1

NS=99 |_| SEMANA 2

|_| MES 3

|_| AÑO 4

I5. Durante su vida adulta, ¿toma o ha tomado algún medicamento o sustancia como bicarbonato, antiácidos, protectores de estómago, omeprazol, etc. para tratar el ardor de estómago o el reflujo?

Sí1

NO2 [saltar a I 11]

I6. ¿Sabe el nombre del medicamento o sustancia que toma/tomaba?	I7. ¿A qué edad empezó a tomarlo?	I8. ¿A qué edad dejó de tomarlo?	I9. ¿Lo tomaba con regularidad?	I10. ¿Con qué frecuencia lo tomaba?	
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes

I11. ¿Le han realizado alguna endoscopia gastroesofágica hace un año o más?

Sí1

No2 [saltar a I14]

NS9 [saltar a I14]

I12. ¿Cuántos años hace que le realizaron la primera endoscopia gastroesofágica?

|_|_| años

<1 año=1

NS=99

I13. ¿Recuerda usted si le diagnosticaron alguna enfermedad en alguna de las endoscopias?

No, la endoscopia era normal1

Sí: especificar _____2

No sabe/ no recuerda3

I14. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente por alguna enfermedad del estómago o del esófago en algún momento de su vida?

Sí: especificar1

No2 [saltar a I17]

I15. ¿Cuántos años hace que le realizaron esta intervención?

|_|_| años

NS=99

I16. ¿Recuerda en qué consistió dicha intervención?

Sí: especificar _____1

No2

I17. Usted describiría su ritmo intestinal como:

Regular1

Irregular2

I18. De promedio, ¿con que frecuencia hace de vientre?

|_|_| VECES |_| DÍA 1

NS=99 |_| SEMANA 2

I19. Durante su vida adulta, ¿toma o ha tomado algún medicamento o sustancia tipo laxante, o similar para hacer de vientre regularmente?

Sí1

No2 [saltar a I25]

I20. ¿Sabe el nombre del medicamento o sustancia que toma/tomaba?	I21. ¿A qué edad empezó a tomarlo?	I22. ¿A qué edad dejó de tomarlo?	I23. ¿Lo tomaba con regularidad?	I24. ¿Con qué frecuencia lo tomaba?	
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes
	_ _ NS=99	_ _ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	_ _ NS=99	Día Semana Mes

I25. En los últimos 5 años, le han realizado alguna prueba de diagnóstico precoz o prevención del cáncer? Nos referimos a pruebas como [mujeres] mamografías o colonoscopias que le hayan hecho estando usted bien, sin estar enfermo:

I25.		I26. Aproximadamente, ¿cuando le realizaron la prueba?	I27. ¿El resultado de esta prueba fue normal, es decir, todo estaba bien?	I28. ¿Hubo más pruebas para descartar alguna enfermedad?
[Sólo mujeres] Mamografía, es decir, como una radiografía de los pechos?	Sí.....1 No.....2 NS.....9	Menos de 6 meses...1 6 y <12 meses.....2 12-24 meses.....3 2-3 años.....4 3-5 años.....5 NS.....9	Si, todo normal y no me hicieron más pruebas [ir a siguiente prueba].....1 No, algo no era correcto2 NS.....9	Estoy a la espera de que me hagan más pruebas.....1 [ir a siguiente prueba] Me hicieron más pruebas.....2 [ir a I29]
[Sólo mujeres] Citología uterina (papanicolau)	Sí.....1 No.....2 NS.....9	Menos de 6 meses...1 6 y <12 meses.....2 12-24 meses.....3 2-3 años.....4 3-5 años.....5 NS.....9	Si, todo normal y no me hicieron más pruebas [ir a siguiente prueba].....1 No, algo no era correcto2 NS.....9	Tuvieron que hacer más pruebas pero al final todo fue normal Tuvieron que hacer más pruebas y estoy pendiente de los resultados finales Estoy a la espera de que me hagan más pruebas Me hicieron más pruebas y al final me diagnosticaron una enfermedad (especificar): _____
Sangre oculta en heces, es decir, una prueba para ver si tenía sangre en las cacas?	Sí.....1 No.....2 NS.....9	Menos de 6 meses...1 6 y <12 meses.....2 12-24 meses.....3 2-3 años.....4 3-5 años.....5 NS.....9	Si, todo normal y no me hicieron más pruebas [ir a siguiente prueba].....1 No, algo no era correcto2 NS.....9	Estoy a la espera de que me hagan más pruebas.....1 Tuvieron que hacer más pruebas pero al final todo fue normal.....2 Tuvieron que hacer más pruebas y estoy pendiente de los resultados finales.....3 Me hicieron más pruebas y al final me diagnosticaron una enfermedad (especificar):4
Colonoscopia o sigmoidoscopia, una prueba con un tubo para ver los intestinos?	Sí.....1 No.....2 NS.....9	Menos de 6 meses...1 6 y <12 meses.....2 12-24 meses.....3 2-3 años.....4 3-5 años.....5 NS.....9	Si, todo normal y no me hicieron más pruebas [ir a siguiente prueba].....1 No, algo no era correcto2 NS.....9	Estoy a la espera de que me hagan más pruebas.....1 Tuvieron que hacer más pruebas pero al final todo fue normal.....2 Tuvieron que hacer más pruebas y estoy pendiente de los resultados finales.....3 Me hicieron más pruebas y al final me diagnosticaron una enfermedad (especificar):4
[Sólo hombres] Antígeno prostático específico o PSA, para detectar si existe algún problema en la próstata?	Sí.....1 No.....2 NS.....9	Menos de 6 meses...1 6 y <12 meses.....2 12-24 meses.....3 2-3 años.....4 3-5 años.....5 NS.....9	Si, todo normal y no me hicieron más pruebas [ir a siguiente prueba].....1 No, algo no era correcto2 NS.....9	Estoy a la espera de que me hagan más pruebas.....1 [ir a siguiente prueba] Me hicieron más pruebas.....2 [ir a I35]
Otras? Especificar: _____	Sí.....1 No.....2 NS.....9	Menos de 6 meses...1 6 y <12 meses.....2 12-24 meses.....3 2-3 años.....4 3-5 años.....5 NS.....9	Si, todo normal y no me hicieron más pruebas [ir a siguiente prueba].....1 No, algo no era correcto2 NS.....9	Tuvieron que hacer más pruebas pero al final todo fue normal Tuvieron que hacer más pruebas y estoy pendiente de los resultados finales Estoy a la espera de que me hagan más pruebas Me hicieron más pruebas y al final me diagnosticaron una enfermedad (especificar): _____

[Si I28 mamografía=2]

I29. ¿Le han hecho alguna vez en la vida una biopsia o punción de mama (no incluir las realizadas en el último año)?

- Sí 1
 No 2 [saltar a I32]
 No sabe 9 [saltar a I32]

[Si I29=Sí]

I30. ¿Qué edad tenía cuando le hicieron la primera biopsia?

|_|_|
 NS=99

I31. ¿En qué mama o pecho fue?

- Izquierda 1
 Derecha 2
 Bilateral 3

I32. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad o problema benigno de la mama (ejemplo: quistes)?

- Sí 1
 No 2 [saltar a I25, citología]
 No sabe 9 [saltar a I25, citología]

[Si I32=Sí]

I33. ¿Sabe cuál fue el diagnóstico?

 NS=99

I34. ¿En qué mama o pecho fue?

- Izquierda 1
 Derecha 2
 Bilateral 3

[Entrevistador: ir a I25, citología]

[Si I28 PSA=2]

I35. ¿Puede decirnos si le han hecho alguna vez una ecografía transrectal?

- Sí 1
 No 2 [saltar a I37]
 No sabe 9 [saltar a I37]

[Si I35=Sí]

I36. ¿Sabe cuál fue el resultado de esta prueba?

 NS=99

I37. ¿Puede decirnos si le han hecho alguna vez una biopsia de próstata, es decir, una prueba para extraer una pequeña muestra de su próstata?

- Sí 1
 No 2 [saltar a I25, otras pruebas de diagnóstico precoz]
 No sabe 9 [saltar a I25, otras pruebas de diagnóstico precoz]

[Si I37=Sí]

I38. ¿Sabe cuál fue el resultado de esta prueba?

 NS=99

[Entrevistador: ir a I25, otras pruebas de diagnóstico precoz]

[SÓLO CASOS]

I39. Su enfermedad actual por la cual usted está ingresado ahora en el hospital, ¿fue descubierta gracias a estas pruebas de detección precoz?

- Sí 1
 No 2
 No sabe 9

[TODOS]

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
15a	Asma	SÍ / NO
15b	EPOC (bronquitis crónica, enfisema)	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	Hepatitis	SÍ / NO
24	Lupus	SÍ / NO
25	Mononucleosis infecciosa (enfermedad del beso)	SÍ / NO
26	Alergia nasal, incluyendo rinitis (aunque no sea diagnosticado por un médico)	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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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	SÍ1 NO.....2	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 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

Para asegurarnos que no nos hemos dejado nada, le preguntaremos algunas cuestiones más sobre medicamentos que usted pueda haber tomado [No incluir tratamientos ya mencionados en las preguntas previas]:

155. A parte de los tratamientos que usted ha mencionado, ¿ha tomado alguna vez aspirina o algún otro anti-inflamatorio no esteroideo (tipo ibuprofeno, diclofenaco, piroxicam, etc) al menos 30 VECES (ej. 30 pastillas) durante su vida para tratar alguna condición/enfermedad?

SÍ 1 [rellenar la tabla]
 NO 2 [pasar a la siguiente pregunta]
 NS 9

¿Para qué condición/enfermedad lo tomó?	¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron esta enfermedad?	¿Cómo se llamaba el tratamiento?	¿En qué año o a qué edad empezó a tomar el tratamiento?	¿Está usted aún tomando el tratamiento?	¿En qué año o a qué edad dejó de tomar el tratamiento?	¿Cuál era la dosis más frecuente que usted tomaba?		¿Con qué frecuencia lo tomaba?	
						#	tipo	# veces	por
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda

156. A parte de los tratamientos que usted ya ha mencionado, ¿ha sido tratado alguna vez con estatinas (simvastatina, lovastatina, atorvastatina, cerivastatina, etc) o fibratos (gemfibrocil etc) para reducir sus niveles de colesterol, más de 30 veces (ej. 30 pastillas) durante su vida? Estos medicamentos se utilizan para reducir los niveles de colesterol u otras enfermedades como la diabetes

- SÍ 1 [rellenar la tabla siguiente]
 NO 2 [pasar a la siguiente pregunta]
 NS 9

¿Para qué condición/enfermedad lo tomó?	¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron esta enfermedad?	¿Cómo se llamaba el tratamiento?	¿En qué año o a qué edad empezó a tomar el tratamiento?	¿Está usted aún tomando el tratamiento?	¿En qué año o a qué edad dejó de tomar el tratamiento?	¿Cuál era la dosis más frecuente que usted tomaba?		¿Con qué frecuencia lo tomaba?	
						#	tipo	# veces	por
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda

I57. A parte de los tratamientos que usted ya ha mencionado, ¿recuerda algún otro tratamiento que contenga corticosteroides como la cortisona o derivados que usted ha utilizado durante al menos 30 veces (ej. 30 pastillas) para tratar alguna condición/enfermedad durante su vida? No tenga en cuenta si fueron aplicados como cremas o lociones

SÍ 1 [rellenar la tabla siguiente]
 NO 2 [pasar a la siguiente pregunta]
 NS 9

¿Para qué condición/enfermedad lo tomó?	¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron esta enfermedad?	¿Cómo se llamaba el tratamiento?	¿En qué año o a qué edad empezó a tomar el tratamiento?	¿Está usted aún tomando el tratamiento?	¿En qué año o a qué edad dejó de tomar el tratamiento?	¿Cuál era la dosis más frecuente que usted tomaba?		¿Con qué frecuencia lo tomaba?	
						#	tipo	# veces	por
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda
	_ _ _ _ _ año _ _ edad		_ _ _ _ _ año _ _ edad	Sí1 NO.....2	_ _ _ _ _ año _ _ edad	—	mg Pastillas Inyectables Supositorios Inhalaciones Sobres UI parche	—	Día Semana Mes Año A demanda

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

[SÓLO MUJERES]

I61. ¿A qué edad tuvo su primera regla?

|_|_| años

NS=99

I62. En general, usted diría que de forma natural su regla ha sido.... (Excluyendo el tiempo que estuvo embarazada, dando el pecho o tomando anticonceptivos orales, es decir, "la píldora")

- Irregular (ciclos a veces cortos, a veces largos)1
- Regular, ciclo corto (cada 26 días o menos).....2
- Regular, ciclo normal (entre 27 y 29 días)3
- Regular, ciclo largo (cada 30 días o más)4
- No sé la periodicidad de mi ciclo menstrual9

I63. ¿Cuál es su situación actual con respecto a la regla?

- Todavía tiene la regla1
- Tiene la menopausia2
- Ya no tiene la regla/post-menopáusica3 [saltar a I65]

I64. En los últimos 12 meses ¿Cuántos periodos ha tenido?

- Uno a tres 1 [saltar a I67]
- Cuatro/Cinco 2 [saltar a I67]
- Seis/Nueve 3 [saltar a I67]
- Diez o más 4 [saltar a I67]
- NS/NC..... 9 [saltar a I67]

I65. Si ya no la tiene, ¿a qué edad dejó de tener la regla?

|_|_| años

NS=99

I66. ¿Cuál ha sido la causa?

- Menopausia natural1
- Le quitaron la matriz o útero y los ovarios2
- Le quitaron sólo la matriz o útero3
- Le quitaron sólo los ovarios4
- Otras causas, especificar.5
- NS.....9

I67. ¿Ha utilizado usted alguna vez algún método anticonceptivo?

- Sí1
- No, el método anticonceptivo siempre lo ha utilizado mi pareja (preservativos / vasectomía).....2 [saltar a I69]
- No, nunca he utilizado un método anticonceptivo3 [saltar a I69]

I68. ¿Me podría decir qué tipo de método anticonceptivo ha utilizado? (NO SON EXCLUYENTES)

Hormonales

- Anticonceptivos orales (píldora)..... 1
 Parches..... 2
 Anillos vaginales 3
 Implantes intradérmicos..... 4
 Inyecciones 5

De barrera

- Esponja vaginal 6
 Diafragma 7

Anticoncepción intrauterina

- DIU 8 [Pasar I75]

Quirúrgicos

- Ligadura de trompas..... 9 [Pasar a I76]
 Preservativo 10 [Pasar a I77]
 Otros métodos no hormonales (ogino)..... 11
 No sabe 99

I69. Aparte del control de natalidad, usted podría haber tomado anticonceptivos hormonales para prevenir abortos, para regular su ciclo menstrual, como medicación para tratar la fertilidad, medicación para parar la lactancia, hormonas femeninas para tratar acné/hipertricosis/hirsutismo, hormonas para tratar endometriosis ¿Recuerda haber tomado anticonceptivos y su nombre?

[REPETIR I69 HASTA I74 PARA CADA UNA DE LAS INDICACIONES EN QUE EL SUJETO HA CONTESTADO "SÍ"]

[Nota para el encuestador: si no sabe el nombre, apuntar tipo de anticonceptivo y recoger toda la información como si se supiese el nombre; si ha utilizado diferentes marcas en algún tipo de anticonceptivo, recoger toda la información para cada tipo de forma individual]

I69. ¿Recuerda usted el nombre del anticonceptivo ?	I70. ¿En qué año o a qué edad empezó a utilizarlo? _ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	I71. ¿Está usted aún tomando el tratamiento ? SÍ1 NO.....2	I72. ¿En qué año / a qué edad dejó de usarlo? _ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	I73. ¿Cuál fue la dosis (o dosis más frecuente) del tratamiento Y que usted tomaba?		I74. ¿Con qué frecuencia tomaba su tratamiento Y?	
				#	tipo	# veces	por
				NS=99	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
				NS=99	mg Pastillas Inyectables DIU Parche Implante intradérmico	NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
				NS=99	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS

I69. ¿Recuerda usted el nombre del anticonceptivo ?	I70. ¿En qué año o a qué edad empezó a utilizarlo?	I71. ¿Está usted aún tomando el tratamiento ?	I72. ¿En qué año / a qué edad dejó de usarlo?	I73. ¿Cuál fue la dosis (o dosis más frecuente) del tratamiento Y que usted tomaba?		I74. ¿Con qué frecuencia tomaba su tratamiento Y?	
				#	tipo	# veces	por
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS

[Sólo si I68=DIU] I75. ¿Lleva o ha llevado DIU con hormonas (MIRENA®)?

Sí 1
No 2
No sabe 9

[Sólo si I68=Ligadura de trompas] I76. ¿Qué edad tenía cuando se la hizo?

|_|_| años
NS=99

I77. ¿Ha padecido usted alguna vez alguna de las siguientes condiciones?		I78. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?	I79. ¿Recibió algún tratamiento?
Hirsutismo o vello en cara, pecho o barriga	SI....1 NO...2 NS...9	_ _ Edad NS=99	SI.....1 NO....2 [saltar a I86] NS....9 [saltar a I86]
Endometriosis	SI....1 NO...2 NS...9	_ _ Edad NS=99	SI.....1 NO....2 [saltar a I86] NS....9 [saltar a I86]
Dismenorrea o reglas dolorosas	SI....1 NO...2 NS...9	_ _ Edad NS=99	SI.....1 NO....2 [saltar a I86] NS....9 [saltar a I86]
Quistes ováricos	SI....1 NO...2 NS...9	_ _ Edad NS=99	SI.....1 NO....2 [saltar a I86] NS....9 [saltar a I86]
Galactorrea o secreción de leche fuera del periodo de lactancia	SI....1 NO...2 NS...9	_ _ Edad NS=99	SI.....1 NO....2 [saltar a I86] NS....9 [saltar a I86]

Condición	I80. ¿Recuerda usted el nombre del tratamiento?	I81. ¿En qué año o a qué edad empezó a utilizarlo?	I82. ¿Está usted aún tomando el tratamiento ?	I83. ¿En qué año / a qué edad dejó de usarlo?	I84. ¿Cuál fue la dosis (o dosis más frecuente) del tratamiento Y que usted tomaba?		I85. ¿Con qué frecuencia tomaba su tratamiento Y?	
					#	tipo	# veces	por
_____	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____ NS=99	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____ NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
_____	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____ NS=99	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____ NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
_____	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____ NS=99	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____ NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
_____	_____ NS=999	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____ NS=99	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____ NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

I86. ¿Ha tomado o toma algún tratamiento para la menopausia o para los síntomas relacionados como la osteoporosis, sofocos, etc...?

- Sí 1
 No 2 [saltar a I93]
 No sabe 9 [saltar a I93]

I87. ¿Recuerda usted el nombre del tratamiento?	I88. ¿En qué año o a qué edad empezó a utilizarlo?	I89. ¿Está usted aún tomando el tratamiento ?	I90. ¿En qué año / a qué edad dejó de usarlo?	I91. ¿Cuál fue la dosis (o dosis más frecuente) del tratamiento Y que usted tomaba?		I92. ¿Con qué frecuencia tomaba su tratamiento Y?	
				#	tipo	# veces	Por
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____ NS=99	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____ NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____ NS=99	mg Pastillas Inyectables DIU Parche Implante intradérmico	_____ NS=99	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS

187. ¿Recuerda usted el nombre del tratamiento?	188. ¿En qué año o a qué edad empezó a utilizarlo?	189. ¿Está usted aún tomando el tratamiento ?	190. ¿En qué año / a qué edad dejó de usarlo?	191. ¿Cuál fue la dosis (o dosis más frecuente) del tratamiento Y que usted tomaba?		192. ¿Con qué frecuencia tomaba su tratamiento Y?	
				#	tipo	# veces	Por
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS
	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	SÍ1 NO.....2	_ _ _ _ año _ _ Edad NS=9999	_____	mg Pastillas Inyectables Parche Implante intradérmico	_____	1- Día 2- Semana 3- Mes 4- Año 5- A demanda 9- NS

193. ¿Ha visitado alguna vez a algún médico por problemas de fertilidad (no poder tener hijos)?

- Sí 1
No 2 [saltar a I96]
No sabe 9

194. ¿Ha sido tratada por problemas de fertilidad con alguno de los siguientes tratamientos? (no son excluyentes)

- Operación.....1 [saltar a I96]
Farmacéutico para endometriosis2 [saltar a I96]
Hormonal3 [saltar a I96]
Inyección de esperma4
Fecundación in-vitro5
Otros.....6 [saltar a I96]
No.....7 [saltar a I96]
NS.....9 [saltar a I96]

[Sí I94=inyección de esperma]

195a. ¿Cuántas veces recibió este tratamiento?

|_|_| veces

NS=99

[Sí I94=fecundación in-vitro]

195a. ¿Cuántas veces recibió este tratamiento?

|_|_| veces

NS=99

196. ¿Ha tenido algún embarazo (por favor, tenga en cuenta todos los embarazos, no importa cuál haya sido su resultado)?

- Sí 1
No 2 [saltar a siguiente sección]
No sabe 9 [saltar a siguiente sección]

I97. Si ha tenido algún embarazo, por favor especifique para cada uno lo siguiente:

I97. Embarazo (nº de orden)	I98. ¿Cómo terminó el embarazo? 1. Aborto 2. Nacido muerto 3. Nacido vivo	I99. ¿En qué año se produjo el nacimiento o el aborto?	I100. ¿Cuál fue el sexo? 1. Niño 2. Niña	I101. ¿Qué tipo de gestación fue? 1 = A término 2 = Prematuro 3 = Tardío	I102. ¿Cuántos meses estuvo dando lactancia materna?	I103. ¿Durante cuanto tiempo estuvo intentado quedarse embarazada? 1. No lo estaba intentando, pasó 2. No pasó nada de tiempo, me quedé embarazada enseguida 3. 1-2 meses 4. 3-5 meses 5. 6-12 meses 6. Más de 1 año 9. No lo sé
1º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
2º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
3º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
4º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
5º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
6º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
7º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
8º	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

I104. ¿Algún médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes complicaciones en algún embarazo?

Hipertensión en el embarazo	SI...1 NO...2 NS...9
Preeclampsia	SI...1 NO...2 NS...9
Diabetes gestacional o del embarazo	SI...1 NO...2 NS...9
Aumento del vello en cara, pecho u otras partes del cuerpo	SI...1 NO...2 NS...9
Otras (especificar): _____	SI...1 NO...2 NS...9

[SÓLO HOMBRES]

I105. ¿Le han diagnosticado alguna vez alguna enfermedad de próstata?

- Sí 1
 No 2 [saltar a sección siguiente]
 No sabe 9 [saltar a sección siguiente]

I107. ¿Cuál o cuáles enfermedades de próstata le han diagnosticado?		I108. ¿Qué edad tenía usted cuando le diagnosticaron?	I109. ¿Cuántas veces durante su vida ha tenido una prostatitis (infección de próstata)?
Prostatitis o infección de la próstata	SÍ NO [saltar a sección siguiente]	__ __ NS=99	__ __ veces NS=99
Hiperplasia prostática benigna (HPB), es decir próstata de tamaño más grande de lo normal	SÍ NO [saltar a sección siguiente]	__ __ NS=99	
Otra. Especificar: _____	SÍ NO [saltar a sección siguiente]	__ __ NS=99	

I110 ¿Sabe el nombre del medicamento o sustancia que toma/tomaba?	I111. ¿A qué edad empezó a tomarlo?	I112. ¿A qué edad dejó de tomarlo?	I113. ¿Lo tomaba con regularidad?	I114. ¿Con qué frecuencia lo tomaba?	
	__ __ NS=99	__ __ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	__ __ NS=99	Día Semana Mes
	__ __ NS=99	__ __ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	__ __ NS=99	Día Semana Mes
	__ __ NS=99	__ __ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	__ __ NS=99	Día Semana Mes
	__ __ NS=99	__ __ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	__ __ NS=99	Día Semana Mes
	__ __ NS=99	__ __ Aun lo toma=98 NS=99	SÍ1 NO.....2	__ __ NS=99	Día Semana Mes

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 tumores/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 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hermano-a 2	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hermano-a 3	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hermano-a 4	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hermano-a 5	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hermano-a 6	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____

Hermano-a de padre	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hermano-a de madre	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hijo-a 1	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hijo-a 2	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hijo-a 3	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hijo-a 4	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hijo-a 5	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Hijo-a 6	Hombre...1 Mujer2		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 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Tío-a materno 2	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Tío-a paterno 1	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Tío-a paterno 2	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____

Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2 Diabetes.....3 NS.....9	_____	_ _ edad	_____
Otros*: _____ _____	Hombre...1 Mujer2		Sí...1 No...2	_ _ _ Edad		No.....1 Cáncer o tumor maligno...2	_____	_ _ edad	_____

—				Edad		Diabetes.....3			
						NS.....9			

*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

MANO DERECHA

K3. Medida de la longitud del dedo índice	_____mm.	_____mm.	_____ mm
K4. Medida de la longitud del dedo anular	_____mm.	_____mm.	_____ mm

MANO IZQUIERDA

K5. Medida de la longitud del dedo índice	_____mm.	_____mm.	_____ mm
K6. Medida de la longitud del dedo anular	_____mm.	_____mm.	_____ mm

L. SÍNTOMATOLOGÍA [sólo para casos]

L1. ¿Desde cuándo se encuentra mal?

Hace	_ _ semanas	1
	_ _ meses	2
	_ _ años	3
	No se encuentra mal	4 [saltar a L3]
	NS	9

L2. ¿Qué fue lo primero que notó por aquel entonces?

L3. ¿Cuándo le diagnosticaron la enfermedad actual? [rellenar lo que sepa el sujeto]

_ _ día	_ _ mes	_ _ año
NS=99		

L4. ¿Ha notado si ha perdido peso en los últimos 18 meses?

Sí	1
No	2 [saltar a L7]
No sabe	9 [saltar a L7]

L5. ¿Cuántos kilos ha perdido aproximadamente hasta la fecha en que le han ingresado en el hospital?

|_|_| kilos

L6. ¿Ha notado si ha ganado peso en los últimos 18 meses?

Sí	1
No	2 [saltar a siguiente sección]
No sabe	9 [saltar a siguiente sección]

L7. ¿Cuántos kilos ha ganado aproximadamente hasta la fecha en que le han ingresado en el hospital?
 |_|_| kilos

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: