

Etiqueta del paciente

Entrevistador/a:

Hospital:.....

Departamento:.....

Numero Historia Clínica:.....

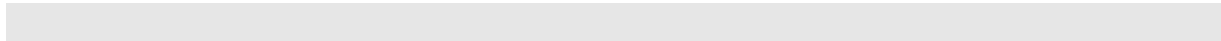
Fecha de la entrevista:

Hora inicio:

Hora fin:

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

Revisado: 27 Julio de 2009



| | |
|--------------------------------------------|----|
| 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 | 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 _____% |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <p><i>TRABAJO 4:</i> 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>Sedentario1 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><i>TRABAJO 5:</i> 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>Sedentario1 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><i>TRABAJO 6:</i> 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>Sedentario1 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 | 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

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 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 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? |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vino blanco o rosado (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 |
| Vino tinto (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 |
| Cerveza con alcohol (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 |
| Cerveza sin alcohol (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 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Champán, cava (1 copa) o sidra (1 culín) | <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 |
| Vino dulce, jerez, vermut o similar (1 copa o vasito) | <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 |
| Brandy, coñac, ginebra, ron, whisky, orujo, vodka, aguardiente, licores, anisetes, pacharán (1 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 |

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: