

CUESTIONARIO C_22 PROYECTO SUN

1. ID

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

2. Fecha de nacimiento

Día		Mes		Año	
0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

3. Peso actual (Kg.)

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



4. ¿Te han diagnosticado ALGUNA VEZ de síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS)?

NO

SÍ



Mes		Año	

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

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

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

6. ¿Consumes alimentos ecológicos (producidos de manera natural, sin presencia de insecticidas, pesticidas, tratamientos químicos u hormonales)?

- No: Nunca o casi nunca No considero este tema prioritario
 No lo sé Sí

(0 = Nunca 1 = Alguna vez 2 = Con frecuencia 3 = Siempre)

ECOLÓGICOS	0	1	2	3
Frutas / verduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Productos lácteos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huevos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pan y cereales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legumbres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has experimentado lo siguiente?: (Personal Copenhagen Burnout Inventory-CBI.)

0 = Nunca / Casi nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo 4 = Siempre	0	1	2	3	4
Sentirse cansado/a	<input type="radio"/>				
Estar físicamente agotado/a	<input type="radio"/>				
Estar psicológicamente agotado/a	<input type="radio"/>				
Pensar “no puedo más”	<input type="radio"/>				
Sentirse rendido/a o quemado/a	<input type="radio"/>				
Sentirse débil y susceptible de enfermar	<input type="radio"/>				

8. ¿Para qué enfermedades estás tomando actualmente medicación de modo habitual? (Si son varias, puedes marcar más de una casilla).

- Hipertensión Diabetes Insomnio
 Tiroides Depresión / Ansiedad Otra/s:
 Colesterol Corazón

Por favor, indica a continuación los fármacos que tomas de forma habitual.

FÁRMACO	Nº VECES AL DÍA Y DOSIS
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

¡MUCHAS GRACIAS!