

CUARTO CUESTIONARIO. ESTUDIO SUN

Fecha de Nacimiento

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

Fecha en que contestas este cuestionario

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

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

Talla (Cm.)

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



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

En general, dirías que tu salud es:

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

¿Cómo dirías que es tu salud actual, comparada con la de hace 2 años, cuando nos respondiste por última vez?

- Mucho mejor que antes
 Algo mejor que antes
 Más o menos igual
 Algo peor ahora
 Mucho peor ahora

Por favor, marca una opción de frecuencia de consumo para cada alimento o grupos de alimentos

	Nunca o casi nunca	Consumo medio durante el año pasado						
		Al mes 1-3	A la semana 1 2-4 5-6			Al día 1 2-3 4-6 6+		
Mantequilla, margarina o nata (1 ración: 12 gr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva para cocinar, aliñar ensaladas o tomar con el pan (1 ración: 1 cucharada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salsa de tomate casera o sofrito (ajo, cebolla, puerro) cocinados con aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura u hortalizas (1 ración 200 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres (lentejas, garbanzos, alubias, etc -1 ración:60 gr en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piezas de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos (1 ración: 30g.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne roja, salchichas o embutidos (1 ración 100-150 g.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de pollo, pavo, conejo (1 ración 100-150 g.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----- (Dobla por esta línea) -----								
Pescado- mariscos (1 ración de pescado: 100-150 g; 1 ración de mariscos: 4-5 piezas ó 200 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repostería comercial (no casera), incluyendo galletas, pasteles, flanes y postres dulces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) excluyendo las bebidas "light" (1 lata: 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino (1 vaso: 100 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerveza (1 lata: 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas alcohólicas destiladas: whisky, ginebra, coñac, vodka... (1 copa, 50 cc) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con que frecuencia haces comidas fuera de casa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con que frecuencia estas comidas son en lugares de fast-food (pizzerias, hamburgueserías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué usas preferentemente para cocinar (señala sólo 1 opción)?

- Aceite de oliva
 Aceite de semillas, girasol, soja, etc.)
 Mantequilla
 Margarina
 Otras grasa o aceites

¿Has fumado algún cigarrillo en las últimas 4 semanas?

- No, nunca he fumado.....
 No, dejé de fumar desde hace..... < 1 año 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10+ años
 Sí, fumo desde hace..... < 1 año 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10+ años
 ↳ Nº de cigarrillos/día..... 1 ocasionalmente 1-4 5-14 15-24 25-34 35-44 45+

De modo habitual...

- ¿Cuántos kms. viajes en coche o moto al año? < 1.500 1.501-5.000 5.001-10.000 10.001-20.000 >20.000
 Cuando vas en coche ¿usas el cinturón de seguridad? Nunca Casi nunca No siempre Siempre
 Cuando vas en moto ¿usas el casco? Nunca A veces Siempre No voy en moto
 Cuando vas en bicicleta ¿usas el casco? Nunca A veces Siempre No voy en bicicleta

Desde el último cuestionario (ver fecha en la parte superior de la primera cara), ¿te han realizado alguna de estas exploraciones?

- Colonoscopia completa
 Sigmoideoscopia
 Determinación de colesterol
 Toma de la tensión arterial
 Electrocardiograma

¿Has acudido al menos una vez a consulta médica en los últimos 2 años?

- No
 Sí, de un médico generalista o de familia
 Sí, en un centro hospitalario o con un médico especialista

Desde el último cuestionario que nos contestaste ¿Has sido diagnosticado por un médico por PRIMERA VEZ de alguna de estas enfermedades? o ¿Has pasado por alguna de las siguientes circunstancias? (recuerda que tienes la fecha de respuesta del último cuestionario que nos enviaste en la etiqueta pegada junto al nº de identificación en la parte superior derecha de la primera cara. Así pues, la fecha que escribas en las siguientes preguntas debe ser posterior a la que te indicamos):

	NO	SÍ	Fecha aproximada diagnóstico			NO	SÍ	Fecha aproximada diagnóstico	
			Mes	Año				Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro accidente de tráfico sin hospitalización, pero con baja laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro tipo de accidente con lesión, incluyendo cualquier fractura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipertensión arterial (más de 8,5 de mínima o más de 13 de máxima)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto (más de 240 mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugía coronaria ("by-pass")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosis venosa periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes (excluye diabetes gestacional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embarazo (indica fecha parto o fecha prevista de parto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operación de cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico de cataratas sin operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aumento de más de media dioptría en la miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Degeneración macular de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bronquitis crónica o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cólico nefrítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cálculos en la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anorexia nerviosa o bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico médico de depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pólipos en colon o recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tumor maligno (señalar el tipo) \downarrow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tumor de _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otra enfermedad (incluye tumores benignos) \downarrow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(especificar) _____									

(Dobla por esta línea)

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


- No consumo medicación o suplementos, salvo muy de vez en cuando
- Consumo **a diario** la siguiente medicación o suplementos (si necesitas más espacio, añade una hoja por favor)

FÁRMACO	Nº veces al día Y DOSIS
1.	
2.	
3.	

FÁRMACO	Nº veces al día Y DOSIS
4.	
5.	
6.	

Por favor, indica a continuación los datos de las últimas mediciones que te hayan hecho y que tenga menos de 2 años de antigüedad:


Perímetro cintura (Cm.)



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

SUMCO 00000-05 (Ret.)

Perímetro cadera (Cm.)



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

TENSIÓN ARTERIAL (Mm de Hg)

Alta (sistólica)	Baja (diastólica)
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

AZUCAR Glucemia basal (mg/dl)

Glucosa		
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

COLESTEROL (mg/dl)

Total	LDL	HDL	Triglicéridos
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

¡MUCHAS GRACIAS POR TU VALIOSA COLABORACIÓN!