

CUESTIONARIO C_18 PROYECTO SUN



ID						Fecha nacimiento			Peso actual (Kg.)			Perímetro cintura (cm.)			
0	0	0	0	0	0	Día	0	0	Año	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	

¿Ha fallecido alguno de tus siguientes familiares?

	NO	SÍ	Edad	No sé la edad
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela Materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo Materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela Paterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo Paterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo fue tu nacimiento? Vaginal Por Cesárea No sé

¿Recibiste lactancia materna? No < 3 meses 3 a <6 meses 6 a <12 meses 12 meses o más No sé

¿Has fumado algún cigarro, cigarrillo tradicional, cigarrillo de baja combustión o cigarrillo electrónico en las últimas 4 semanas?

No, nunca he fumado No, dejé de fumar hace... < 1 año 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10 ó más años

Sí, fumo desde hace... < 1 año 1-2 años 3-5 6-9 10 ó más N° de cigarrillos/día... Ocasionalmente 1-4 5-14 15-24 25-34 35-44 45+

¿Con qué frecuencia tomas bebidas sin alcohol con gas (1 vaso de refresco, agua con gas, tónica, etc.)?

Nunca o casi nunca 1-3 mes 1 semana 2-4 semana 5-6 semana 1 día 2-3 día 4-6 día +6 día

¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas con gas (cerveza, cava, vinos espumosos, etc.)?

Nunca o casi nunca 1-3 mes 1 semana 2-4 semana 5-6 semana 1 día 2-3 día 4-6 día +6 día

En caso de necesidad dobra por esta línea

¿Qué tiempo dedicas en total al uso de ordenador (horas/semana)?

¿Qué tiempo dedicas en total al uso de otras pantallas: TV, tablet, móvil (horas/semana)?

¿Has acudido en los últimos 2 años a cabinas de radiación UV artificial? No Menos de 3 veces De 3 a 10 veces Voy con frecuencia

¿Has sido diagnosticado/a por un médico alguna vez de las siguientes enfermedades?

Psoriasis No Sí Mes: Año:

Dermatitis atópica No Sí Mes: Año:

Vitiligo No Sí Mes: Año:

Enfermedad renal crónica No Sí Mes: Año:

¿Te has realizado en los 2 últimos años análisis para medir el nivel de creatinina en la sangre?

No Sí Valor más reciente (mg/dL) No sé

La siguiente pregunta solo deben responderla las mujeres

¿Te han desaparecido permanentemente las reglas? No Sí ¿A qué edad desaparecieron?

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

No consumo medicación o suplementos Consumo a diario la siguiente medicación o suplementos (si necesitas más espacio, añade una hoja por favor)

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

¿Con qué frecuencia atiendes o realizas ceremonias o prácticas religiosas (se asume que aproximadamente duren en torno a media hora)?

No deseo contestar esta pregunta Nunca / casi nunca 1-3 / mes 1 / sem 2-4 / sem 5-6 / sem 1 día 2-3 / día 3 o más / día

Desde el último cuestionario que nos contestaste ¿has sido diagnosticado/a por un médico por PRIMERA VEZ de alguna de estas condiciones? o ¿has pasado por alguna de las siguientes circunstancias? (recuerda que tienes la fecha de respuesta del último cuestionario que nos enviaste 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	
			Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro accidente de tráfico sin hospitalización, pero con baja laboral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro tipo de accidente con lesión, incluyendo cualquier fractura.....	<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"/>		
Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto (más de 240 mg/dl).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarto de miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugía coronaria ("by-pass").....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fibrilación auricular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aneurisma de aorta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embolia pulmonar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosis venosa periférica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes (excluye diabetes gestacional).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes gestacional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embarazo (indica fecha parto o fecha prevista de parto).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cataratas (sin operación).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cataratas (con operación).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aumento de más de media dioptría en la miopía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Degeneración macular de retina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Migrañas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	NO	SÍ	FECHA	
			Mes	Año
Bronquitis crónica o enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Úlcera gástrica o duodenal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cólico nefrítico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cálculos en la vesícula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anorexia nerviosa o bulimia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico médico de ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico médico de depresión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pólipos en colon o recto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pérdida de memoria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Demencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alzheimer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parkinson.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reuma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artrosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artritis reumatoide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operaciones (cadera, rodilla, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gingivitis (sangrado de encías, inflamación).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tumor maligno (especificar).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otra enfermedad (incluye tumores benignos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(especificar).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Se presenta debajo el cuestionario de Ryff que mide las dimensiones del bienestar psicológico. Debes describirte a tí mismo tan sinceramente como puedas eligiendo una de las 6 opciones siguientes:

1= Totalmente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Algo en desacuerdo; 4= Algo de acuerdo; 5= Bastante de acuerdo; 6= Totalmente de acuerdo

	Desacuerdo			Acuerdo		
	1	2	3	4	5	6
Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>