

# CUESTIONARIO C\_20 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
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

## 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. Estado civil

Soltero/a   
  Casado/a   
  Viudo/a   
  Separado/a   
  Otros

## 5. Nº de hijos/as

Ninguno   
  1   
  2   
  3   
  4   
  5   
  6   
  7   
  8   
  9   
  10 ó más

## 6. ¿Has fumado algún cigarrillo 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   
 → Nº de cigarrillos/día...   
  Ocasionalmente   
  1-4   
  5-14   
  15-24   
  25-34   
  35-44   
  45+

## 7. ¿Has usado vapeador (dispositivo electrónico para aspirar nicotina o similares) en las últimas 4 semanas?

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

**Sí, vapeo** desde hace... .....  < 1 año   
  1-2 años   
  3-5   
  6-9   
  10 ó más   
 → Nº de usos vapeador/día...   
  Ocasionalmente   
  1-4   
  5-14   
  15-24   
  25-34   
  35-44   
  45+

## 8. ¿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

## 9. En general, dirías que tu salud es:

Excelente   
  Muy buena   
  Buena   
  Regular   
  Mala

## 10. ¿Practicas habitualmente con continuidad algún deporte o gimnasia?

Sí   
  NO

## 11. ¿Piensas que haces más ejercicio físico que la media de las personas de tu edad?

Sí   
  NO

## 12. Al hacer deporte o ejercicio, ¿lo haces con mucha intensidad?

Sí   
  NO

## 13. ¿Tu paso habitual al andar es rápido o muy rápido?

Sí   
  NO

## 14. ¿Caminas habitualmente al menos 30 minutos al día (en total)?

Sí   
  NO

## 15. ¿Ves televisión más de 1 hora y media al día por término medio?

Sí   
  NO

## 16. ¿Pasas sentado 5 ó más horas al día habitualmente?

Sí   
  NO

## 17. Con qué frecuencia utilizas: Consumo medio durante el año pasado

	Nunca o casi nunca	A la semana			Al día				
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6 +
Aceite de <b>oliva virgen extra</b> para cocinar, aliñar o untar (1 ración: 1 cucharada sopera)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sofrito:</b> (tomate, ajo, cebolla o puerro cocinados en aceite de oliva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comidas fuera de casa en lugares de <i>fast-food</i> (pizzerías, hamburgueserías...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 18. ¿Has consultado alguna vez con un médico por pérdida de cabello (alopecia)?

NO   
  Sí → ¿A qué edad?

## 19. Si un médico te diagnosticó alopecia, ¿qué diagnóstico te dio?

- Nunca me ha diagnosticado alopecia un médico ni tengo alopecia
- Efluvio telógeno (pérdida por estrés, estacional o posparto)
- Nunca me ha diagnosticado alopecia un médico pero tengo alopecia común masculina
- Otro tipo de alopecia
- Alopecia androgénica diagnosticada (calvicie común masculina)
- Alopecia areata (alopecia autoinmune, típicamente en parches redondeados)

## 20. ¿Para qué enfermedades estás tomando actualmente medicación? (si son varias, puedes marcar más de una casilla)

- Hipertensión
- Colesterol
- Depresión
- Otra/s: .....
- Tiroides
- Diabetes
- Corazón

FÁRMACO	Nº VECES AL DÍA Y DOSIS
1.	
2.	
3.	

FÁRMACO	Nº VECES AL DÍA Y DOSIS
4.	
5.	
6.	

## 21. Respecto a las enfermedades señaladas anteriormente: ¿Olvidas alguna vez tomar los medicamentos para tratar tu enfermedad?

- No, nunca lo olvido
- Sí, aproximadamente entre el 25% y 50% de las veces (25-50%)
- Sí, pero menos del 10% de las veces (<10%)
- Sí, más del 50% de las veces (>50%)
- Sí, aproximadamente entre el 10% y menos del 25% de las veces (10 a <25%)

¿Tomas los medicamentos a las horas indicadas?  Sí  NO

Cuando te encuentras bien, ¿dejas de tomar la medicación?  Sí  NO

Si alguna vez te sienta mal la medicación, ¿dejas de tomarla?  Sí  NO

¿Tienes seguro médico privado?  Sí  NO

¿En cuántas oficinas de farmacia sueles recoger la medicación indicada anteriormente?  1  2  3  4  5  6  7  8  9 ó más

22. 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="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 alto (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"/>		
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia)	<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 en los últimos 2 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hernia de hiato en los últimos 2 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

	NO	SÍ	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"/>		
Pólipos en colon o recto	<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"/>		
Tumor maligno (especificar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
.....				
Otra enfermedad (incluye tumores benignos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
(especificar) .....				

23. Con respecto a tu voz y las consecuencias que conlleva, responde con qué frecuencia te ocurren las siguientes situaciones:

	0 = Nunca	1 = Casi Nunca	2 = A veces	3 = Frecuentemente	4 = Casi siempre	5 = Siempre
La gente me oye con dificultad debido a mi voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente no me entiende en sitios ruidosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis problemas con la voz alteran mi vida personal y social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi problema con la voz afecta a mi rendimiento laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que debo forzar la garganta para producir la voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La calidad de mi voz es impredecible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi voz me molesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente me pregunta: ¿qué me pasa en la voz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido cada uno de estos síntomas?

	1 = Nunca	2 = Ocasionalmente	3 = Frecuentemente	4 = A diario
Tengo flemas en la garganta. Noto flemas que caen de la nariz a la garganta. Me produce sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo necesidad de carraspear con frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo la boca o la garganta seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo la saliva espesa o pastosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Recientemente

	NO	SÍ
¿Has experimentado algún cambio en tu capacidad de recordar cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha costado más trabajo de lo normal recordar eventos recientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha costado más trabajo de lo normal recordar listas cortas, como la lista de la compra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te cuesta recordar cosas de un segundo a otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tienes dificultad entendiendo o siguiendo instrucciones habladas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha costado más trabajo de lo normal seguir una conversación grupal o la trama de un programa de TV debido a tu memoria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te cuesta recordar tu camino alrededor de calles conocidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. ¿Cómo describirías tu audición?

Excelente  Buena  Dificultad moderada  Dificultad alta  Sordo