



CUESTIONARIO MUJERES

v3.1 CAST

Centro BST _____

ID BST

Fecha / /

- Entrevista completa
 Cuestionario salud

Pegar la etiqueta
ID BST 128

GCAT

1a revisió _____ Data / /

2a revisió _____ Data / /

CÒPIA DE CONSULTA

COPIA DE CONSULTA

Apreciada colaboradora, la información que le pedimos a continuación sobre sus hábitos de vida y estado de salud es esencial para el estudio.

Las respuestas son estrictamente confidenciales.

- Conteste sobre su rutina, no sobre casos aislados.
- Responda todas las preguntas.
- Si duda en una respuesta, marque la opción con la cual se sienta más identificada.
- No deje preguntas en blanco.
- Si no sabe qué contestar, marque la casilla **NS/NC** (“No lo sé / No quiero contestar”).
- Si no quiere contestar, marque la casilla **NS/NC** (“No lo sé / No quiero contestar”).

Le agradecemos la colaboración.



SECCIÓN A

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

A

A1 Sexo Hombre Mujer

A2 Fecha de nacimiento Día Mes Año

A3 Edad

A4 País de nacimiento _____

A5 Municipio de nacimiento _____

A6 Municipio de residencia _____

A7 ¿Cuántos años hace que vive aquí de forma continuada? años

Consideramos de forma continuada si ha vivido sin interrupciones durante periodos superiores a 6 meses.

A8 ¿A qué raza o etnia diría que pertenecen usted y sus padres biológicos?

Por favor, indique una respuesta en cada línea.

	Blanca/ Caucásica	Negra	Asiática	Gitana	Magrebí	Latino- americana	Otras	NS/NC
Usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9 ¿Es usted zurda o diestra?

Se considera zurda si nació zurda aunque de pequeña la obligaran a cambiar.

Zurda Diestra Ambidiestra NS/NC

A10 ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltera Casada Viuda Divorciada/separada Pareja de hecho NS/NC

A11 ¿Vive usted en pareja?

Sí, ¿cuántos años hace? No

A12 ¿Se ha divorciado/separado alguna vez?

Sí, una vez Sí, más de una vez No NS/NC

**A13** ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que usted completó?*Por favor, indique sólo una respuesta.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> Enseñanza general secundaria,
2º ciclo (BUP o bachillerato) |
| <input type="checkbox"/> Estudios primarios o equivalentes
(hasta 6º EGB o Primaria) | <input type="checkbox"/> Enseñanzas profesionales superiores
(FP2 o grado superior) |
| <input type="checkbox"/> Enseñanza general secundaria,
1er ciclo (EGB completada o ESO) | <input type="checkbox"/> Estudios universitarios o equivalentes
(estudios universitarios y de postgrado) |
| <input type="checkbox"/> Enseñanza Profesional de 2º grado,
2º ciclo (FP1 o grado medio) | <input type="checkbox"/> NS/NC |

A14 ¿Cuántas personas en total viven en su hogar incluyéndose usted?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Más de 10
- NS/NC

A15 ¿Con qué frecuencia visita o le visitan las siguientes personas?*Por favor, indique una respuesta en cada línea.*

	Prácticamente a diario	2-4 veces a la semana	1 vez a la semana	1 vez al mes	1 vez cada pocos meses	Nunca o casi nunca	No tengo amigos/familia fuera del hogar	NS/NC
Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16 ¿Con qué frecuencia está en contacto (teléfono, email, otro) con las siguientes personas?*Por favor, indique una respuesta en cada línea.*

	Prácticamente a diario	2-4 veces a la semana	1 vez a la semana	1 vez al mes	1 vez cada pocos meses	Nunca o casi nunca	No tengo amigos/familia fuera del hogar	NS/NC
Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17 ¿Cuál es el total de ingresos anuales (brutos) de la unidad familiar?*Entendiendo por unidad familiar como los miembros del hogar que comparten gastos.*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inferior a 18.000 € | <input type="checkbox"/> De 31.000 a 51.999 € | <input type="checkbox"/> Más de 100.000 € |
| <input type="checkbox"/> De 18.000 a 30.999 € | <input type="checkbox"/> De 52.000 a 100.000 € | <input type="checkbox"/> NS/NC |

A18 ¿Qué tipo de centro de salud utiliza habitualmente?*Por favor, indique sólo una respuesta.*

- Seguridad social Público y privado Mutua privada Otros privados NS/NC

A19 ¿Ha participado en algún otro estudio de investigación biomédica?*En caso afirmativo, escriba el nombre.*

- Sí _____ No NS/NC



SECCIÓN B AMBIENTE LABORAL

B

B1 ¿Cuál de estas situaciones describe mejor su situación laboral actual?

Por favor, indique sólo una respuesta.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajando remunerada o autónoma | <input type="checkbox"/> En situación de desempleo | <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral |
| <input type="checkbox"/> Voluntaria o trabajando sin sueldo | <input type="checkbox"/> Jubilada | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Me hago cargo de la casa/familia | <input type="checkbox"/> Estudiando | <input type="checkbox"/> NS/NC |

B2 ¿Ha tenido algún trabajo durante los últimos 12 meses?

- Sí No *(salte a la sección C, página 5)* NS/NC

B3 ¿Cuántos trabajos ha tenido durante los últimos 12 meses?

- 1 2 3 NS/NC

¡ATENCIÓN!

Si tiene o ha tenido un trabajo en los últimos 12 meses, por favor responda las siguientes preguntas.

COPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

B4 Responda a las siguientes preguntas referentes a los trabajos:

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3
¿Cuál es o cuál era su ocupación?			
¿Cuántas horas a la semana trabaja/trabajaba?			
¿Durante cuántos meses de los últimos 12 ha realizado este trabajo?			
¿Cuál era su horario laboral?			
¿Qué medio de transporte utiliza/ utilizaba para ir al trabajo? <i>Puede indicar más de uno si es necesario.</i>			
¿Cuánto tiempo pasa/pasaba al día en el trayecto hasta el trabajo en cada medio de transporte? <i>Sume el tiempo de ida y de vuelta.</i>			
¿Cuál es o cuál era su situación laboral en esta ocupación?	a b c d e f g h	a b c d e f g h	a b c d e f g h

Consulte y marque con un círculo una de las opciones indicadas abajo:

- | | |
|--|--|
| a. Trabajador por cuenta propia sin asalariados | e. Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados |
| b. Trabajador por cuenta propia con menos de 10 asalariados | f. Gerente de una empresa con 10 o más asalariados |
| c. Trabajador por cuenta propia con 10 o más asalariados | g. Capataz, supervisor o encargado |
| d. Otro asalariado | h. No lo sé o No quiero contestar (NS/NC) |

**B5 ¿Qué tipo de actividad física realiza en el trabajo?**

Por favor, marque la que mejor corresponda a sus actividades actuales de las siguientes cuatro posibilidades. Indique una respuesta por trabajo.

Ocupación sedentaria Trabajo 1 Trabajo 2 Trabajo 3

Pasa la mayor parte del tiempo sentada (como en una oficina).

Ocupación de pie Trabajo 1 Trabajo 2 Trabajo 3

Pasa la mayor parte del tiempo de pie o caminando. Sin embargo, su trabajo no requiere esfuerzo físico intenso (ej.: dependiente, peluquero, vigilante, etc.).

Trabajo manual Trabajo 1 Trabajo 2 Trabajo 3

Supone algún esfuerzo físico incluyendo la carga de objetos pesados y el uso de herramientas (ej.: fontanero, electricista, carpintero, etc.).

Trabajo manual fuerte Trabajo 1 Trabajo 2 Trabajo 3

Implica actividad física vigorosa incluyendo la carga de objetos muy pesados (ej.: minero, albañil, obrero de la construcción, etc.).

No sabe / No contesta Trabajo 1 Trabajo 2 Trabajo 3

SECCIÓN C**ACTIVIDAD FÍSICA****C****COPIA DE CONSULTA****¡ATENCIÓN!**

Las preguntas siguientes se refieren a la actividad física realizada fuera del horario laboral.

**C1 Actualmente, ¿cuántos días a la semana camina al menos 10 minutos?**

Sin tener en cuenta el trabajo.

días Incapacidad para caminar (*salte a la pregunta C3, página actual*) NS/NC

C2 ¿Cuántos minutos de promedio camina al día?

Sin tener en cuenta el trabajo.

minutos/día NS/NC

C3 ¿Practica algún deporte con regularidad?

Sí No NS/NC

C4 ¿Ha practicado algún deporte durante los últimos 12 meses?

Sí No (*salte a la pregunta C6, página 7*) NS/NC



C5 Seleccione los deportes que haya practicado en los últimos 12 meses y responda a las preguntas:

Por favor indíquenos las respuestas que se ajusten mejor a la práctica diaria en los últimos 12 meses.

Si el deporte que practica no está en la lista, elija **Otro deporte**, y anótelo teniendo en cuenta que:

- **Deporte vigoroso** (es el que requiere un esfuerzo físico fuerte y le hace respirar mucho más fuerte de lo normal).
- **Deporte moderado** (es el que requiere un esfuerzo físico moderado y le hace respirar mucho más fuerte de lo normal).
- **Deporte ligero** (es el que no cumple criterios ni de vigoroso ni de moderado).

	¿Durante cuántos meses lo ha practicado? (Número de meses)	¿Con qué frecuencia lo practicó? (Número de veces al día/semana/mes)	¿Cuál era el promedio de tiempo por práctica? (Tiempo en minutos o horas cada vez)
Ciclismo	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Senderismo	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Correr	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Baloncesto	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Fútbol	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Natación	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Gimnasia en general	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Tenis	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Pádel	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Balonmano	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Artes marciales	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Patinaje	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Golf	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Tai chi	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Yoga	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Escalada	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Voleibol	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Aeróbic	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Atletismo	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Baile	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Otro deporte vigoroso (anótelo)	_____	_____	_____
Otro deporte moderado (anótelo)	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Otro deporte ligero (anótelo)	_____	_____	_____

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

**C6 ¿Cuántas horas a la semana dedica a hacer trabajos domésticos?**

___ horas/semana NS/NC

C7 Un día laborable:

¿A qué hora va a dormir? ___ : ___ (*formato de 24 h*)

¿A qué hora se levanta? ___ : ___ (*formato de 24 h*)

C8 Un día laborable, ¿duerme la siesta?

Sí ¿Cuánto dura? _____ minutos No

C9 Un día no laborable normal:

¿A qué hora va a dormir? ___ : ___ (*formato de 24 h*)

¿A qué hora se levanta? ___ : ___ (*formato de 24 h*)

C10 Un día no laborable normal, ¿duerme la siesta?

Sí ¿Cuánto dura? _____ minutos No

C11 Un día laborable, ¿cuántas horas al día pasa viendo la televisión, leyendo o en el ordenador fuera del trabajo?

___ horas/día NS/NC

C12 Un día no laborable normal, ¿cuántas horas al día pasa viendo la televisión, leyendo o en el ordenador fuera del trabajo?

___ horas/día NS/NC

C13 ¿Sube al menos 10 tramos de escaleras durante el día?

Considerando tramo de escalera como un piso o 18 peldaños aproximadamente.

Sí No NS/NC

CÒPIA DE CONSULTA
CÒPIA DE CONSULTA



SECCIÓN D OTROS HÁBITOS

D

D1 ¿Cuántas horas al día pasa habitualmente en el exterior de casa o al aire libre?

Tener en cuenta el trabajo.

Entre semana: horas al día Fin de semana: horas al día NS/NC

D2 Cuando toma el sol ¿utiliza habitualmente protección solar (ej.: crema solar, sombrero)?

- Nunca o raramente La mayoría de las veces No tomo el sol
 Alguna vez Siempre NS/NC

D3 Cuando pasa tiempo en el exterior ¿utiliza habitualmente protección solar (ej.: crema solar, sombrero)?

- Nunca o raramente La mayoría de las veces No estoy en el exterior cuando hay sol
 Alguna vez Siempre NS/NC

D4 ¿Se quema en la primera exposición solar?

Exposición de 1 h sin protección solar.

- Sí, me quemo fácilmente A veces Nunca me quemo
 Sí, me quemo moderadamente Raramente me quemo

D5 ¿Qué pasaría si su piel estuviera expuesta repetidamente a la luz solar durante el verano sin ningún tipo de protección? Estaría:

- Muy bronceada Leve o poco bronceada
 Moderadamente bronceada Nunca bronceada o solamente pecas

D6 ¿Cuál es el color natural de su cabello?

Tomar como referencia el color del cabello en edad adulta (a partir de 18 años).

- Negro Castaño oscuro Castaño claro Rubio Pelirrojo

D7 ¿Cuál es su color de piel?

Tomar como referencia el color de la parte interior del antebrazo.

- Negra Morena Mediana Blanca Muy blanca

D8 ¿Cuál es su color de ojos?

- Negro o marrón oscuro Marrón claro o color miel Azul, gris o verde claro
 Marrón Azul, gris o verde

D9 ¿Tiene pecas?

- Abundantes Algunas Pocas Ocasionales No



SECCIÓN E

TABACO

E

E1 ¿Ha fumado 100 cigarrillos o más a lo largo de su vida?

Sí No *(salte a la pregunta E11, página 10)* NS/NC

E2 ¿Fuma en la actualidad?

Considerando actualidad como el último mes.

Sí No *(salte a la pregunta E4, página actual)* NS/NC

E3 ¿A qué edad empezó a fumar?

(conteste y salte a la pregunta E7, página actual)

años NS/NC

E4 ¿Ha fumado alguna vez de forma continuada?

Considerando forma continuada fumar como mínimo 1 cigarrillo a la semana.

Sí No *(salte a la pregunta E11, página 10)* NS/NC

E5 ¿A qué edad empezó a fumar de forma continuada?

años NS/NC

E6 ¿A qué edad dejó de fumar de forma continuada?

(conteste y salte a la pregunta E10, página 10)

años NS/NC

E7 ¿Qué forma de tabaco fuma principalmente? ¿Qué cantidad fuma de promedio?

Puede marcar más de 1 opción.

	Fumo diariamente (1 o más de 1 al día) <i>Indique la cantidad</i>	No fumo diariamente (menos de 1 al día)	NS/NC
Cigarrillos	<input type="text"/> cigarrillos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco de liar	<input type="text"/> cigarrillos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puros	<input type="text"/> puros/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa	<input type="text"/> gramos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa de agua	<input type="text"/> pipas de agua/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E8 ¿Qué tipo de tabaco fuma?

Rubio Negro Ambos NS/NC



E9 ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?

(conteste y salte a la pregunta E11, página actual)

- Hasta 5 minutos Entre 31 y 60 minutos Más de 2 horas
 Entre 6 y 30 minutos De 61 minutos a 2 horas NS/NC

E10 ¿Qué tipo de tabaco fumaba principalmente? ¿Qué cantidad fumaba al día de promedio?

Puede marcar más de 1 opción.

	Fumaba diariamente (1 o más de 1 al día) <i>Indique la cantidad</i>	No fumaba diariamente (menos de 1 al día)	NS/NC
Cigarrillos	<input type="text"/> <input type="text"/> cigarrillos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco de liar	<input type="text"/> <input type="text"/> cigarrillos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puros	<input type="text"/> <input type="text"/> puros/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa	<input type="text"/> <input type="text"/> gramos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa de agua	<input type="text"/> <input type="text"/> pipas de agua/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E11 Hasta la edad de 18, ¿cuántos años vivió con una persona que fumara cigarrillos, puros o pipas dentro de su casa?

- años (*entre 1 y 18 años*) Ninguno NS/NC

E12 Durante toda su vida adulta, desde la edad de 18 hasta ahora, ¿cuántos años ha vivido con una persona que fumara cigarrillos, puros o pipas dentro de su casa?

- años Ninguno NS/NC

E13 Durante toda su vida adulta, desde la edad de 18 hasta ahora, ¿cuántos años ha trabajado regularmente en un entorno donde otras personas fumaran cigarrillos, puros o pipas en su presencia?

- años Ninguno NS/NC

E14 En la actualidad, ¿alguna persona fuma habitualmente en el interior de su casa sin contarse a usted?

- Sí, 1 persona No (*salte a la pregunta E16, página actual*)
 Sí, más de 1 persona NS/NC

E15 En casa, ¿cuántas horas por semana de promedio está expuesta al humo del tabaco de otra persona?

- horas/semana NS/NC

E16 Fuera de casa, ¿cuántas horas por semana de promedio está expuesta al humo del tabaco de otra persona?

- horas/semana No estoy expuesta al humo del tabaco de otra persona NS/NC



E17 ¿Su madre fumaba cuando estaba embarazada de usted?

Sí No NS/NC

E18 ¿Ha utilizado algún dispositivo vaporizador de tabaco (cigarrillo electrónico)?

Sí No (*salte a la pregunta E23, página actual*) NS/NC

E19 ¿A qué edad empezó a fumar cigarrillos electrónicos?

____ años NS/NC

E20 ¿A qué edad dejó de fumar cigarrillos electrónicos?

____ años Todavía fumo cigarrillos electrónicos NS/NC

E21 ¿Cuál es/era el volumen de la carga del cigarrillo electrónico?
¿Cuál es/era la concentración de nicotina?

Volumen: ____ mL NS/NC

Concentración de nicotina: ____ mg/mL NS/NC

E22 ¿Cuántas cargas de cigarrillos electrónicos fuma o fumaba al mes?

Cantidad al mes: ____ NS/NC

E23 ¿Cuántas horas por semana de promedio está expuesta al vapor del cigarrillo electrónico de otra persona?

____ horas No estoy expuesta al vapor del cigarrillo electrónico de otra persona NS/NC

SECCIÓN F USO ALCOHOL

F

F1 ¿Con qué frecuencia bebe actualmente alcohol?

Por favor, indique sólo una respuesta. Si contesta "Nunca o menos de 1 vez al mes" o "NS/NC", salte a la pregunta F2, página actual. Otras respuestas, salte a la pregunta F4, página 12.

Nunca o menos de 1 vez al mes 1 vez a la semana 1 vez al día
 1 vez al mes 2 o 3 veces a la semana 2 veces o más al día
 2 o 3 veces al mes De 4 a 6 veces a la semana NS/NC

F2 ¿Ha consumido bebidas con alcohol durante las siguientes franjas de edad?

Puede marcar más de 1 opción.

Sí, entre los 20-29 años Sí, entre los 50-59 años
 Sí, entre los 30-39 años No (*salte a la pregunta F4, página 12*)
 Sí, entre los 40-49 años NS/NC



F3 ¿Con qué frecuencia?

Por favor, indique sólo una respuesta.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 vez al mes | <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana | <input type="checkbox"/> 1 vez al día |
| <input type="checkbox"/> 1 vez al mes | <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces a la semana | <input type="checkbox"/> 2 veces o más al día |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes | <input type="checkbox"/> De 4 a 6 veces a la semana | <input type="checkbox"/> NS/NC |

F4 ¿Actualmente suele beber alcohol con las comidas?

- Sí No NS/NC

F5 Actualmente, ¿con qué frecuencia consume las siguientes bebidas?

Si no bebe, marque "Nunca o menos de 1 vez/mes". Indique una respuesta en cada línea.

	Nunca o menos de 1 vez/mes	1-3 veces/mes	1 o 2 veces/setmana	3 o 4 veces/setmana	5 o 6 veces/setmana	1 vez/día	2 o 3 veces/día	4 o más veces/día	NS/NC
Vasos de vino blanco/rosado <i>Un vaso de vino contiene 100 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasos de vino tinto <i>Un vaso de vino contiene 100 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasos de cerveza <i>Un vaso de caña contiene 200 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa de champán, cava o sidra <i>Una copa de cava contiene 100 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<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 dulce, vermut, jerez o similar <i>Un vaso de vino dulce contiene 50 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa de licor o combinado (whisky, brandy, etc) <i>Una copa de licor contiene 50 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, compruebe que ha marcado una opción en cada línea

SECCIÓN G
ALIMENTACIÓN



G1 ¿A qué hora ha comido por última vez?

Hora : (formato de 24 h) NS/NC

G2 ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

- Sí No NS/NC

**G3 ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día?**

Incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.

- 4 o más cucharadas 3 cucharadas o menos

G4 ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día?

Las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración (1 ración = 200 g).

- 2 o más 1 o ninguna

G5 ¿Cuántas piezas de fruta consume al día?

Incluyendo zumo natural.

- 3 o más al día 2 o menos al día

G6 ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día?

Ración: 100-150 g.

- 1 o más al día Menos de 1 al día

G7 ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día?

Porción individual: 12 g.

- 1 o más al día Menos de 1 al día

G8 ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?

- 1 o más al día Menos de 1 al día

G9 ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?

Si no bebe, marque la opción "6 vasos o menos a la semana".

- 7 vasos o más a la semana 6 vasos o menos a la semana

G10 ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana?

1 plato o ración de 150 g.

- 3 o más a la semana 2 o menos a la semana

G11 ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana?

1 plato, pieza o ración: 100-150 g de pescado; 4-5 piezas o 200 g de marisco.

- 3 o más a la semana 2 o menos a la semana

G12 ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?

- 2 o más a la semana 1 o menos a la semana

G13 ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?

Una ración equivale a 30 g.

- 3 o más a la semana 2 o menos a la semana



G14 ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?

Carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.

Sí No

G15 ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con sofrito (salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva)?

2 o más a la semana 1 o menos a la semana

G16 ¿Cuántas tazas de café bebe habitualmente al día?

tazas No tomo café NS/NC

G17 ¿Cuántas tazas de té bebe habitualmente al día?

tazas No tomo té NS/NC

G18 ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Por favor, indique una respuesta en cada línea.

	Nunca o casi nunca	Menos de 1 vez/semana	1 o 2 veces/semana	3 o 4 veces/semana	5 o 6 veces/semana	1 vez al día	2 o 3 veces/día	Más de 3 veces/día
Fruta fresca	<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 blanca	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta, arroz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan, cereales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lácteos (leche, queso, yogur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulces (galletas, mermeladas, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, compruebe que ha marcado una opción en cada línea



SECCIÓN H

HISTORIA MÉDICA

H

H1 En general, usted diría que su estado de salud es:

- Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

H2 ¿Cuál ha sido su peso máximo durante los últimos 5 años?

- Kg NS/NC

H3 ¿Cuál ha sido su peso mínimo durante los últimos 5 años?

- Kg NS/NC

H4 ¿Ha cambiado de peso durante los últimos 12 meses?

Variación mínima de 2,5 kg.

- Sí No NS/NC

H5 ¿Cuál fue su peso al nacer?

- Menos de 2,5 kg De 3 a menos de 3,5 kg Igual o más de 4 kg
 De 2,5 a menos de 3 kg De 3,5 a menos de 4 kg NS/NC

H6 ¿Sabe cómo fue su nacimiento?

- Parto vaginal Cesárea NS/NC

H7 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nerviosa?

- Siempre Muchas veces Solamente alguna vez
 Casi siempre Algunas veces Nunca

H8 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan baja de moral que nada le podía animar?

- Siempre Muchas veces Solamente alguna vez
 Casi siempre Algunas veces Nunca

H9 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmada y tranquila?

- Siempre Muchas veces Solamente alguna vez
 Casi siempre Algunas veces Nunca

H10 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimada y triste?

- Siempre Muchas veces Solamente alguna vez
 Casi siempre Algunas veces Nunca



H11 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Solamente alguna vez |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Nunca |

H12 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos, familiares, etc)?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Solamente alguna vez |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Nunca |

H13 ¿Ha estado diagnosticada alguna vez por un médico de alguna de las siguientes enfermedades?

- Sí No *(salte a la pregunta H14, página 17)* NS/NC

¿A qué edad se lo diagnosticaron por vez primera?

Cáncer (1º) años ¿Dónde estaba localizado?

Cáncer (2º) años ¿Dónde estaba localizado?

Cáncer (3º) años ¿Dónde estaba localizado?

Diabetes años Tipo:

Hipertensión arterial años

Hipercolesterolemia o triglicéridos años

Ictus, derrame cerebral años

Infarto de miocardio, ataque de corazón años

Angina de pecho años

Infección por *Helicobacter Pylori* años

Enfermedad de Crohn años

Colitis ulcerosa años

Pólipos en colon o en recto años

Hepatitis crónica años

Alergia años

Rinitis años

Eczema años

Psoriasis años

Artritis años

Lupus años

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) años

COPIA DE CONSULTA



<input type="checkbox"/>	Asma	___ años	
<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	___ años	
<input type="checkbox"/>	Depresión mayor	___ años	
<input type="checkbox"/>	Migraña	___ años	
<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	___ años	
<input type="checkbox"/>	Alzheimer, demencia	___ años	
<input type="checkbox"/>	Parkinson	___ años	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad genética hereditaria	___ años	¿Cuál?
<input type="checkbox"/>	Otra	___ años	¿Cuál?

¡ATENCIÓN!

Si ha indicado que ha sido diagnosticada de alguna de las enfermedades anteriores, y actualmente toma un medicamento, por favor indíquenos a continuación el medicamento que le prescribieron para cada diagnóstico, junto con el tiempo y la frecuencia con que lo tome. Anote después también otros medicamentos no relacionados con los diagnósticos del listado anterior.



H14 ¿Toma algún medicamento?

Sí No *(salte a la pregunta H15, página 18)* NS/NC

Por favor indique sólo un medicamento por línea.

¿Cuál es el nombre del medicamento?	¿Para qué condición lo toma? <i>(indique la enfermedad diagnosticada o condición)</i>	¿A qué edad empezó a tomarlo?	¿Con qué frecuencia lo toma? <i>(unidades que toma por día, por semana o por mes)</i>
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___
		___	___ / ___



H15 A parte de los tratamientos ya mencionados, ¿ha tomado durante los últimos 12 meses alguna aspirina o algún otro antiinflamatorio no esteroideo (ibuprofeno, diclofenaco,...) de los que aparecen en el listado?

El listado se encuentra en la página 31.

Sí No *(salte a la pregunta H17, página actual)* NS/NC

H16 A continuación pedimos que nos indique el nombre y el tiempo que ha tomado cada antiinflamatorio, durante los últimos 12 meses.

Por favor, indique sólo un medicamento por línea.

¿Cuál es el nombre del medicamento?	¿Para qué condición lo toma? <i>(indique la condición)</i>	¿Con qué frecuencia lo toma? <i>(unidades que toma al día, a la semana o al mes)</i>	¿Durante cuántos meses lo ha tomado? <i>(anote de 1 a 12)</i>
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

H17 ¿Ha tomado vitaminas, minerales u otros suplementos alimenticios durante el último año?

Sí No *(salte a la pregunta H19, página 19)* NS/NC

H18 ¿Cuáles de los siguientes suplementos de vitaminas y minerales ha tomado?

Puede marcar más de una opción. Seleccione todos los que haya tomado.

- Complejos vitamínicos (tipo Pharmaton, Multicentrum, Micebrina, Supradyn...)
- Vitamina A Calcio solo Zinc
- Vitamina B6 Calcio con vitamina D Glucosamina
- Vitamina B12 Ácido fólico Coenzima Q10
- Complejo de vitamina B Ácidos grasos omega-3 Semillas de lino
- Vitamina C Hierro Extracto de Serenoa Repens
- Vitamina D sola Selenio Ajo en cápsulas o comprimidos
- Vitamina E



H19 ¿Le han realizado alguna vez alguna de las siguientes pruebas de cribado?

Sí No *(salte a la pregunta H20, página actual)* NS/NC

Indique si se la han realizado	¿Qué edad tenía la última vez que se la realizó? <i>(edad)</i>	¿Cuál fue el resultado? <i>(si fue un resultado anormal, especifique)</i>	¿Anteriormente había tenido algún resultado anormal? <i>(si fue un resultado anormal, especifique)</i>
<input type="checkbox"/> Test de sangre oculta en heces	____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____
<input type="checkbox"/> Mamografía	____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____
<input type="checkbox"/> Citología (test de Papanicolau)	____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____

H 20 ¿Le han realizado alguna de las siguientes pruebas diagnósticas?

¿Qué edad tenía cuando se la realizó por última vez?

Sí No *(salte a la pregunta H21, página actual)* NS/NC

En caso afirmativo, indique la edad para cada prueba.

Indique si se la han realizado	Qué edad tenía cuando se la realizaron por última vez? <i>(edad)</i>
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	____
<input type="checkbox"/> Espirometría	____
<input type="checkbox"/> Densitometría	____
<input type="checkbox"/> Biopsia o punción	____
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	____

H21 ¿Ha tenido sibilancias o silbidos en el pecho en cualquier momento en los últimos 12 meses?

Sí No *(salte a la pregunta H24, página actual)* NS/NC

H22 ¿Ha estado absolutamente sin respiración cuando el ruido sibilante estaba presente?

Sí No NS/NC

H23 ¿Ha tenido estas sibilancias o silbidos cuando no ha estado resfriado?

Sí No NS/NC

H24 ¿Se ha despertado con una sensación de opresión en el pecho en cualquier momento en los últimos 12 meses?

Sí No NS/NC



H25 ¿Se ha despertado por un ataque de falta de aire en cualquier momento en los últimos 12 meses?

Sí No NS/NC

H26 ¿Se ha despertado por un ataque de tos en cualquier momento en los últimos 12 meses?

Sí No NS/NC

H27 ¿Ha tenido un ataque de asma en los últimos 12 meses?

Sí No NS/NC

H28 ¿Está tomando actualmente alguna medicación (incluyendo inhaladores, aerosoles o comprimidos) para el asma?

Sí No

H29 ¿Tiene alguna alergia nasal incluyendo rinitis alérgica?

Sí No NS/NC

SECCIÓN I

SALUD DE LAS MUJERES

I1 ¿A qué edad tuvo la menstruación por primera vez?

años NS/NC

I2 ¿Tiene todavía la regla?

Sí No (*salte a la pregunta I4, página actual*) NS/NC

I3 ¿Cuántos días de media le dura el ciclo menstrual?

Se le pide la duración total del ciclo o periodo, no del flujo menstrual. El ciclo menstrual es el periodo que va desde el primer día de la menstruación hasta el día anterior al inicio de la siguiente menstruación (ej. 28 días, marque 25-28 días) (conteste y salte a la pregunta I6, página 21).

Menos de 20 De 25 a 28 De 33 a 36 Más de 40
 De 20 a 24 De 29 a 32 De 37 a 40 NS/NC

I4 ¿A qué edad la tuvo por última vez?

años NS/NC

I5 ¿Cuál fue la causa?

Menopausia natural Extirpación del útero o matriz
 Extirpación de los 2 ovarios Tratamiento hormonal
 Extirpación del útero o matriz y ovarios Quimioterapia
 Extirpación de un ovario NS/NC



Embarazo 8 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

Embarazo 9 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

Embarazo 10 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

Embarazo 11 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

Embarazo 12 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

Embarazo 13 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

Embarazo 14 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

Embarazo 15 ¿En qué año se produjo?

¿Cómo concluyó?

Nació vivo Nació muerto Aborto inducido Aborto espontáneo Embarazo actual

¿Fue un embarazo múltiple? Sí No

CÓPIA DE CONSULTA
CÓPIA DE CONSULTA



18 ¿Cuántos hijos biológicos tiene?

Incluir aquellos que hayan fallecido.

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No he tenido hijos NS/NC

19 Ahora pedimos que nos responda a las siguientes preguntas sobre sus hijos:

Por favor, indique el año de nacimiento, sexo, tipo de parto, si ha hecho lactancia materna y la duración de la lactancia.

	¿En qué año nació?	¿Cuál fue el sexo?	¿Cómo fue el tipo de parto?	¿Ha hecho lactancia materna? ¿Cuánto tiempo?
Hijo 1	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 2	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 3	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 4	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 5	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 6	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 7	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 8	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 9	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses
Hijo 10	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ meses

110 ¿Ha tomado alguna vez anticonceptivos?

- Sí No *(salte a la pregunta 112, página 24)* NS/NC



I11 A continuación pedimos que nos indique el nombre y el tiempo que ha tomado cada anticonceptivo.

Para ayudar con el nombre del anticonceptivo dispone de un listado en la página 33.

Los DIU no son considerados medicamentos anticonceptivos excepto el DIU hormonal (Mirena) que es el único que aparece en la lista.

¿Cuál era el nombre del anticonceptivo?	¿A qué edad empezó a tomarlo? (edad)		¿A qué edad dejó de tomarlo? (edad)
	___	<input type="checkbox"/> Aún lo tomo	___
	___	<input type="checkbox"/> Aún lo tomo	___
	___	<input type="checkbox"/> Aún lo tomo	___
	___	<input type="checkbox"/> Aún lo tomo	___

I12 ¿Ha tomado algún tratamiento hormonal diferente de los anticonceptivos?

Sí, para quedarme embarazada

No (salte a pregunta I14, página actual)

Sí, para la menopausia

NS/NC

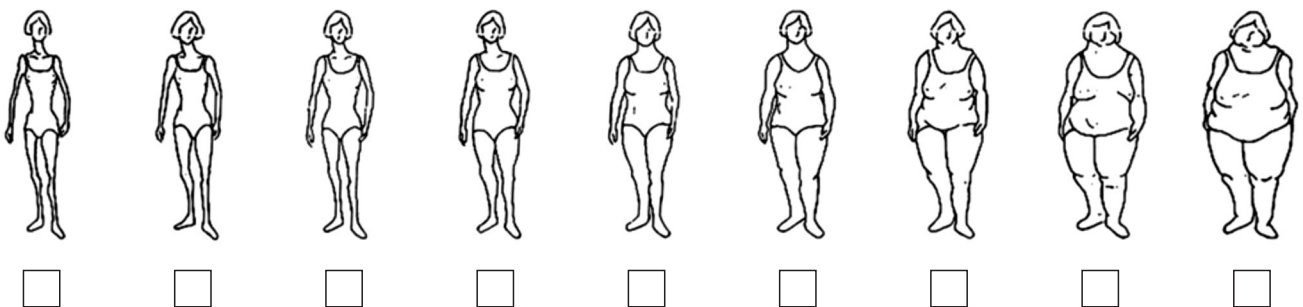
I13 A continuación pedimos que nos indique el nombre y el tiempo que ha tomado cada tratamiento hormonal.

Para ayudar con el nombre del tratamiento hormonal dispone de un listado en la página 33.

¿Cuál era el nombre del tratamiento hormonal?	¿A qué edad empezó a tomarlo? (edad)	¿A qué edad dejó de tomarlo? (edad)
	___	___
	___	___
	___	___
	___	___

I14 ¿A cuál de estas imágenes se parece más actualmente?

Por favor indique sólo una respuesta.





SECCIÓN K

HISTORIA FAMILIAR PADRES

K

K1 ¿Es usted adoptada?

Sí No NS/NC

K2 ¿Tiene algún hermano gemelo o nació en un parto múltiple?

Sí No NS/NC

K3 ¿Vive su padre biológico?

Sí No NS/NC

K4 ¿Qué edad tiene su padre biológico o a qué edad falleció?

____ años NS/NC

K5 ¿Su padre biológico ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades?

Sí No NS/NC

En caso afirmativo responda a las preguntas para cada enfermedad diagnosticada.

¿A qué edad se lo diagnosticaron por vez primera? *(indique la edad aproximada)*

Cáncer (1º) ____ años ¿Dónde estaba localizado?

Cáncer (2º) ____ años ¿Dónde estaba localizado?

Cáncer (3º) ____ años ¿Dónde estaba localizado?

Diabetes ____ años

Hipertensión arterial ____ años

Hipercolesterolemia o triglicéridos ____ años

Ictus, derrame cerebral ____ años

Infarto de miocardio, ataque de corazón ____ años

Angina de pecho ____ años

Infección por *Helicobacter Pylori* ____ años

Enfermedad de Crohn ____ años

Colitis ulcerosa ____ años

Pólipos en colon o en recto ____ años

Hepatitis crónica ____ años

Alergia ____ años



Rinitis años

Eczema años

Psoriasis años

Artritis años

Lupus años

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) años

Asma años

Osteoporosis años

Depresión mayor años

Migraña años

Esquizofrenia años

Alzheimer, demencia años

Parkinson años

Enfermedad genética hereditaria años ¿Cuál?

K6 ¿Vive su madre biológica?

Sí No

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

K7 ¿Qué edad tiene su madre biológica o a qué edad falleció?

años NS/NC

**K8** ¿Su madre biológica ha sido diagnosticada de alguna de las siguientes enfermedades?

Sí No (*salte a sección L, página 28*) NS/NC

En caso afirmativo responda a las preguntas para cada enfermedad diagnosticada.

¿A qué edad se lo diagnosticaron por vez primera? (*indique la edad aproximada*)

Cáncer (1º) años ¿Dónde estaba localizado?

Cáncer (2º) años ¿Dónde estaba localizado?

Cáncer (3º) años ¿Dónde estaba localizado?

Diabetes años

Hipertensión arterial años

Hipercolesterolemia o triglicéridos años

Ictus, derrame cerebral años

Infarto de miocardio, ataque de corazón años

Angina de pecho años

Infección por *Helicobacter Pylori* años

Enfermedad de Crohn años

Colitis ulcerosa años

Pólipos en colon o en recto años

Hepatitis crónica años

Alergia años

Rinitis años

Eczema años

Psoriasis años

Artritis años

Lupus años

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) años

Asma años

Osteoporosis años

Depresión mayor años

Migraña años

Esquizofrenia años

Alzheimer, demencia años

Parkinson años

Enfermedad genética hereditaria años ¿Cuál?



SECCIÓN L

HISTORIA FAMILIAR HERMANOS



L1 ¿Cuántos hermanos biológicos tiene?

Incluir los que hayan fallecido y aquellos que solo compartan un progenitor.

- No tengo hermanos (*salte a sección M, página 29*)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NS/NC

L2Cuál es el sexo de cada uno de ellos?

Identifique sus hermanos/hermanas por orden de edad

Orden (1º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (2º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (3º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (4º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (5º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (6º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (7º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (8º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (9º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC
Orden (10º)	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> NS/NC

L3 ¿Alguno de sus hermanos ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades?

Por favor, en caso afirmativo indique las enfermedades diagnosticadas a alguno de sus hermanos.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Pólipos en colon o en recto | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia o triglicéridos | <input type="checkbox"/> Hepatitis crónica | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ictus, derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Depresión Mayor |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio, ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Rinitis | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Infección por <i>Helicobacter Pylori</i> | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Alzheimer, demencia |
| <input type="checkbox"/> No han sido diagnosticados de ninguna de estas enfermedades (<i>salte a sección M, página 29</i>) | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> NS/NC | <input type="checkbox"/> Lupus | |



L4 En caso que la pregunta anterior sea afirmativa, responda a estas preguntas para cada uno de sus hermanos:

Por favor, señale para cada hermano la enfermedad diagnosticada.
Indique sólo una respuesta por línea.

Identifique su hermano/hermana (ej. hermano/hermana 1)	Enfermedad	¿A qué edad se lo diagnosticaron por vez primera?	En caso de diagnóstico de cáncer, ¿dónde estaba localizado?

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

SECCIÓN M

HISTORIA FAMILIAR HIJOS

M

M1 ¿Alguno de sus hijos ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades?

Por favor, en caso afirmativo, indique de qué enfermedades de la lista han sido diagnosticados sus hijos.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Pólipos en colon o en recto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia o triglicéridos | <input type="checkbox"/> Hepatitis crónica | <input type="checkbox"/> Depresión Mayor |
| <input type="checkbox"/> Ictus, derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio, ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Rinitis | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Alzheimer, demencia |
| <input type="checkbox"/> Infección por <i>Helicobacter Pylori</i> | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> No han sido diagnosticados de ninguna de estas enfermedades | <input type="checkbox"/> Artritis | |
| <input type="checkbox"/> NS/NC | <input type="checkbox"/> Lupus | |



M2 En caso que la pregunta anterior sea afirmativa, responda a estas preguntas:

Por favor, señale para cada hijo la enfermedad diagnosticada.

Indique sólo una respuesta por línea.

Identifique su hijo/hija <i>(ej. hijo/hija 1)</i>	Enfermedad	¿A qué edad se lo diagnosticaron por vez primera?	En caso de diagnóstico de cáncer, ¿dónde estaba localizado?
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA



LISTADO DE MEDICAMENTOS AINES

A

A.A.S.
 AB-FE-Camps
 Acabel
 Aceclofenaco
 Acenam
 Aclocen
 Acoxxel
 Actron Compuesto
 Acyflox
 Adolquir
 Advil
 Airtal
 Alafen
 Aleve
 Alginasdin
 Algidrin
 Algifast
 Aliviodol
 Aliviomas
 Aliviosin
 Alogesia
 Anartril
 Andur
 Antalgin
 Apirofeno
 Aracenac
 Arafisio
 Arcoxia
 Artilog
 Artrinovo
 Artrizan
 Artrotec
 Aspirina c
 Aspirina plus
 Aspirina
 Atriscal

B

Bosporon
 Brotazona
 Brufen
 Buscafem
 Butazolidina

C

Cafiaspirina
 Calmante Vitaminado
 Perez Gimenez
 Cartisorb
 Celebrex
 Celecoxib
 Cerebrino Mandri
 Codalgina
 Coderol
 Condrodin
 Condrosan
 Condrosulf

D

Dadosel
 Dalfen
 Dalsy
 Dekamega
 Denaxpren
 Dericat
 Dersindol
 Dexketoprofeno
 Diacereina
 Diclofenaco
 Diltix
 Di-Retard
 Disipal
 Doctril
 Dolencar
 Dolenio
 Dolofarma

Dolorac

Dolotren
 Dolo-Voltaren
 Doltra
 Dolviran
 Dynastat

E

Ediluna
 Enantyum
 Escarmine
 Espididol
 Espidifen
 Eudorlin
 Evasprin
 Extraplus
 Exxiv

F

Falcol
 Fastum
 Febrirol
 Feldene
 Femaprin
 Fenomas
 Fenospin
 Fidolcat
 Fiedosin
 Flogoter
 Froben

G

Galaxdar
 Gelofeno
 Gerbin
 Glizolan
 Glucosamida
 Glufan
 Gluniro
 Guaxan

H

Hespercorbin

I

Ibenon
 Ibufarmalid
 Ibufen
 Ibulaf
 Ibumac
 Ibuprofeno
 Ibuprox
 Inacid
 Indonilo
 Isdol

J

Junifen
 Junipro

K

Kalma
 Keithon
 Kettesse
 Ketoprofeno
 Ketorolaco

L

Levedol
 Liberalgium
 Liderfeme
 Luase
 Lundiran

M

Mascartil
 Mejoral Cafeina
 Meloxicam
 Momen
 Movalis

COPIA DE CONSULTA
 COPIA DE CONSULTA



N

Naprosyn
Naproxeno
Narfen
Neobrufen
Neocibalena
Neurogobens
Niflactol
Nixyn
Nodolfen
Normodol
Normulen
Norvectan
Nureflex
Nurofen

O

Oberdol
Obifax
Okaldol con Cafeina
Okaldol
Oldan
Orudis

P

Paidofebril
Parocin
Pirexin
Piroxicam
Poindol
Prexige

Q

Quiralam

R

Ratiodol
Reinart
Relif
Reutenox
Rhonal

S

Saetil
Salvarina
Sedergine c
Sedergine
Seractil
Sinsumin
Solufena
Stellige
Stredol
Strefen

T

Tejuntivo
Todalgil
Toradol

U

Unodol
Uticox

V

Vimovo
Vitaxicam
Voltagial
Voltaren

X

Xicil

CÒPIA DE CONSULTA
CÒPIA DE CONSULTA



LISTADO MEDICAMENTOS DE MUJERES

A

Acetato de
Ciproterona/
Etinilestradiol
Activelle
Aerodiol
Ailyn
Ailyn Diario
Alcis
Androcur
Angeliq
Angiletta
Antin
Antin Diario
Antinelle
Antinelle Diario
Aquicimix
Aquiflav
Aranka
Arankelle
Arankelle Diario
Atosiban Normon
Atosiban Panluetol
Azalia

B

Balianca
Balianca Diario
Belara
Belara Diario
Bemasive
Benidette
Benifema
Blissel
Boltin
Bravelle

C

Cerazet
Cexel
Cimidona
Circlet
Cleodette
Cleodette Diario
Cleosensa
Cleosensa Diario
Climafar
Climen
Climodien
Clomifen
Colpotrofin
Combifem
Conbriza
Conestron
Crema Contraceptiva
Lanzas
Cypriette Diario

D

Danatrol
Danielle
Daylette
Debunica
Dermestril
Dermestril Septem
Desogestrel
Desogestrel/
Etinilestradiol
Desopop
Devogin
Dialider
Diane 35
Diane 35 Diario
Dismegyn
Donabel
Draz
Drelle
Dretine
Dretinelle

Drosetil Diario
Drosiane
Drosiane Diario
Drosianelle
Drosianelle Diario
Drospil
Drosure
Drosure Diario
Drosurelle
Drosurelle Diario
Duofemme

E

Edelsin
Ellaone
Eloine
Elonva
Elynor
Equilgyn
Equin 0,6
Esprasone
Estalis
Estalis Sequidot
Estraderm Matrix
Estradiol Servier
Estradot
Estralevo
Estrapatch
Etinilestradiol/
Ciproterona
Etinilestradiol/
Clormadinona
Etinilestradiol/
Drospirenona
Etinilestradiol/
Drospirenona Diario
Etinilestradiol/
Gestodeno
Eviana
Evista
Evopad 75
Evopad Conti
Evopad Sequi

Evraparche
Transdermico
Extracto De Cimifuga
Alacan
Extracto De Glycine
Max
Extracto De Vitex
Agnus-Castur Ceninter

F

Famylette
Feanolla
Fitogyn
Fitogyn Forte
Fitoladius
Fitoladius
Flavinia
Flavodrei
Flavosoya
Flavosul
Flojalaf
Fluxilan
Fostipur
Fostipur Kit

G

Gelistrol
Gestinyl
Ginecim
Ginevix
Glycine Max Devon
Gonal-F
Gracial
Grystella
Gyneplen
Gynovin

H

Harmonet
Hidrocloruro de
Raloxifeno
HMG-Lepori

COPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

**I**

Implanon NXTimplante
Iradier
Isoflavonas De Soja
Isorose

J

Jadelle Implante
Juliperla

K

Keriette
Keriette Diario
Kerizet
Klimadynon

L

Levobel
Levobel Diario
Levonorgestrel/
Etinilestradiol
Levonorgestrel/
Etinilestradiol Diario
Lifemin
Linelle
Liofora
Liofora Diario
Loette
Loette Diario
Lueva
Luveris

M

Malena
Meliane
Meliane Diario
Melodene
Melteva
Menoclim
Menopasol
Menopur

Meriestra
Merigest
Merigest Sequi
Mestrodol
Mevaren
Microdiol
Microgynon
Mifegyne
Minesse
Minulet
Mirena

N

Nacha Espuma
Nacha Óvulo
Nacrez
Nemestran
Neogynona

Norlevo
Normosoy
Normovagil
Novafem
Novial
Novial Periodico
Nuvaring

O

Oestraclin
Omifin
Optruma
Osarlaf
Ovestinon
Ovitrelle
Ovoplex

P

Palandra
Pergoveris
Perifem
Phyto Soya
Phyto Soya Forte
Pleginer

Postinor
Premedol
Progyluton
Progynova
Puregon

Q

Qlaira

R

Raloserin
Raloxifeno
Ratiofemin
Regulon
Remifemin
Rigevidon

S

Sibilla
Sobeyan
Sofiperla
Soyred
Suavuret

T

Tevalet
Teyda
Tibolona
Tractocile
Triagynon
Triciclor
Trigynovin
Tri-Minulet
Trisequens
Tyarena

V

Vagifem
Varianta
Vikela
Vitelaf

Y

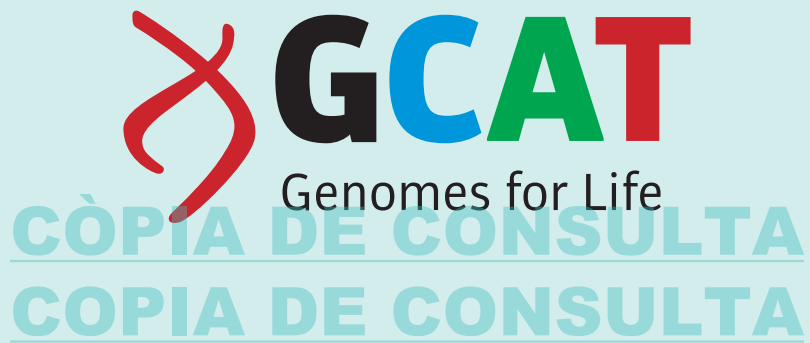
Yasmin
Yasmin Diario
Yasminelle
Yasminelle Diario
Yaz
Yira
Ymea

Z

Zoely

COPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

Gracias por formar parte del proyecto





SECCIÓN RESERVADA PARA EL PERSONAL ENTREVISTADOR

DATOS DEL PARTICIPANTE, CONSENTIMIENTO, MUESTRA, MEDIDAS Y CONCLUSIÓN

DATOS PARTICIPANTE

1 Día / / Hora :

2 Centro _____

3 Fecha de nacimiento Día Mes Año

4 Sexo Hombre Mujer

5 Código Postal

6 ID Participante

CONSENTIMIENTO

1 ¿El participante ha leído y firmado el consentimiento informado?

Sí No (*final*)

2 ¿Desea el participante ser informado sobre los resultados de la investigación?

Sí No NS/NC

3 ¿Expresa el participante alguna excepción con respecto a la investigación?

Sí No (*final*)

4 Indique cuáles son las excepciones

No quiere que sus datos se utilicen para investigación en razas/etnias

No quiere que sus datos se utilicen en investigación sobre cuestiones de género

No quiere que sus datos se utilicen para investigación en animales

Otras: _____

EXTRACCIÓN DE MUESTRAS

1 Seleccione el tipo de participante

Donante de bolsa de sangre

No donante de bolsa de sangre
(aféresis, exclusivo GCAT y otros)



2 Seleccione las muestras extraídas

EDTA ACD PST SST Bolsa de donación

INCIDENCIAS DE MUESTRAS

A. INCIDENCIAS DURANTE LA EXTRACCIÓN

A1 ¿Durante la extracción de las muestras ha habido alguna incidencia?

Sí No *(salte a la sección B, página actual)*

A2 Marque el tubo donde ha ocurrido alguna incidencia

Puede marcar más de 1 opción

Descripción de la incidencia	
<input type="checkbox"/> EDTA	
<input type="checkbox"/> PST	
<input type="checkbox"/> SST	
<input type="checkbox"/> ACD	
<input type="checkbox"/> Bolsa de donación	

CÓPIA DE CONSULTA
CÓPIA DE CONSULTA

B. INCIDENCIAS DURANTE EL PRE-PROCESAMIENTO

B1 ¿Durante el pre-procesamiento de las muestras ha habido alguna incidencia?

Sí No *(final)*

B2 Marque el tubo donde ha ocurrido alguna incidencia

Puede marcar más de 1 opción.

EDTA ACD PST SST Bolsa de donación

EDTA

B3 Incidencias EDTA

TA 35°C a 38°C 2°C a 10°C Desconocido Otros _____

PST

B4 ¿En qué paso ha habido la incidencia?

Puede marcar más de 1 opción.

Pre-centrifugación Centrifugación



B5 Incidencias pre-centrifugación PST

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TA, <2h | <input type="checkbox"/> TA, 4-8 h | <input type="checkbox"/> TA, 12-24h | <input type="checkbox"/> TA, >48 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, <2 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 4-8 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 12-24 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, >48 h |
| <input type="checkbox"/> TA, 2-4h | <input type="checkbox"/> TA, 8-12h | <input type="checkbox"/> TA, 24-48h | <input type="checkbox"/> 35°C a 38°C, <2 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 2-4 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 8-12 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 24-48 h | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | | | |

B6 Incidencias centrifugación PST

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g sin freno | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 6,000-10,000 g con freno |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g con freno | <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, >10,000 g con freno |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g sin freno | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, >10,000 g con freno |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g con freno | <input type="checkbox"/> TA 30min, <1000 g sin freno |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 3,000-6,000 g con freno | <input type="checkbox"/> No centrifugación |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 3,000-6,000 g con freno | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 6,000-10,000 g con freno | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

SST

B7 ¿En qué paso ha habido la incidencia?

Puede marcar más de 1 opción.

- Pre-centrifugación Centrifugación

B8 Incidencias pre-centrifugación SST

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TA, <2 h | <input type="checkbox"/> TA, 4-8 h | <input type="checkbox"/> TA, 12-24 h | <input type="checkbox"/> TA, >48 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, <2h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 4-8 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 12-24 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, >48 h |
| <input type="checkbox"/> TA, 2-4 h | <input type="checkbox"/> TA, 8-12 h | <input type="checkbox"/> TA, 24-48 h | <input type="checkbox"/> 35°C a 38°C, <2 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 2-4 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 8-12 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 24-48 h | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | | | |

B9 Incidencias centrifugación SST

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g sin freno | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 6,000-10,000 g con freno |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g con freno | <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, >10,000 g con freno |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g sin freno | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, >10,000 g con freno |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g con freno | <input type="checkbox"/> TA 30min, <1000 g sin freno |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 3,000-6,000 g con freno | <input type="checkbox"/> No centrifugación |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 3,000-6,000 g con freno | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 6,000-10,000 g con freno | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

