



CUESTIONARIO

ESTUDIO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y FACTORES MEDIOAMBIENTALES

Hospital: Clínico Universitario San Cecilio

Servicio: Obstetricia y Ginecología

Encuestador:

Identificación:

--	--	--	--

Código:

--	--	--	--

Felicitaciones por el nacimiento de su hijo.

Se le invita a participar en un estudio sobre Salud Reproductiva y factores medioambientales. La participación es totalmente voluntaria.

Por favor conteste a las preguntas del entrevistador.

El cuestionario contiene preguntas relacionadas con su embarazo reciente y el período anterior a éste. Otras preguntas están relacionadas con el parto y el nacimiento de su hijo.

- A) Preguntas Básicas
- B) Embarazo último y embarzos previos
- C) Aspectos generales de su Salud
- D) Educación y Condiciones de Trabajo
- E) Estilo de Vida

Debe contestar cuantas preguntas sea posible. Algunas de ellas pueden presentar dificultad, pero por favor intente contestarlas de forma precisa. Aunque la mayoría de las cuestiones deberán ser contestadas por usted algunas preguntas se refieren al padre del niño.

Cómo rellenar el cuestionario:

- Cada parte (A-E) puede ser contestada independientemente.
- Algunas preguntas pueden ser contestadas SI o NO, en otras se deberá elegir entre diversas opciones. Elija la/s opción/opciones que le parezcan más correctas, en su caso, y escriba el número/s apropiado/s en la casilla de la derecha o marque la casilla.
- Hay algunas preguntas abiertas en las que usted deberá escribir un texto, por ej. el nombre de un medicamento, o indicar el número exacto en la casilla, por ej. el número esperado de hijos. Preguntas relacionadas con la duración de acontecimientos, por ej. ingreso en el hospital, pueden ser contestadas indicando la/s semana/s de gestación en la/s cual/es ocurrió.
- Si usted no sabe la respuesta correcta puede escribir "?" en alguna casilla o línea.
- Por favor vea que hay dos numeraciones independientes en el cuestionario. La única numeración que es relevante para usted, es la primera de la izquierda, por ej. cuando pase de pregunta. El número pequeño de las casillas de la parte derecha de la página sirve exclusivamente para introducir los datos en un programa de ordenador.
- Si tiene alguna pregunta o comentario el encuestador atenderá sus requerimientos.
- Puede contactar con su médico o con nosotros en el número de teléfono

¡Gracias por su cooperación!

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Nombre (por favor escriba en letras mayúsculas)	
Fecha de nacimiento de la madre	
No. Seguridad Social	
Identificación	
Código	
Dirección:	
Población	
Provincia	
D.P.	
No. Teléfono del domicilio.	
No. Teléfono del trabajo.	_____/_____
No. Teléfono de posibles contactos	_____/_____
Fecha en la que completó el cuestionario.	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Fecha del parto.	/__/_/
Hospital elegido para el parto.	

HOJA DE NO RESPUESTA

Dirigido a pacientes que por diversos motivos no han deseado participar en el estudio.

¿Ha sido previamente informada del estudio?

Sí No

Motivo de no participación:

No quiere NS/NC

A) PREGUNTAS BÁSICAS

1. Fecha de nacimiento del padre (dd -mm -aa)	<input type="text"/> ^{A3}
2. Altura de la madre en cm. <i>Sea tan precisa como sea posible.</i>	<input type="text"/> ^{A6}
3. ¿Cuál era su peso <i>antes</i> del embarazo en kg? <i>Puede usar un decimal, p.ej. 60.5 Kg o 61.0 Kg.</i>	<input type="text"/> ^{A8}
4. ¿Cuál es su peso actual en Kg? <i>(Al término del embarazo previo al parto)</i>	<input type="text"/> ^{A9}

B) EMBARAZO ÚLTIMO Y EMBARAZOS PREVIOS

1. ¿Ha usado algún anticonceptivo hormonal (píldora, diafragma o tratamiento hormonal) antes de que supiera que estaba embarazada <i>(en las primeras semanas del embarazo)</i> ? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/> ^{B12}
2. ¿Cuándo dejó de usar métodos anticonceptivos (mm-aa)? <i>Métodos anticonceptivos incluidos, preservativo, DIU, anticonceptivos orales, diafragma, gel, crema, espumas, método de Ogino, y otros (p.ej. interrumpir el coito).</i>	<input type="text"/> ^{B15}
3. ¿Cuánto tiempo pasó desde que dejó los anticonceptivos (de cualquier tipo) hasta que se quedó embarazada? <i>(El tiempo durante el cual mantuvo relaciones sexuales (coito) sin usar anticonceptivos)</i> 1. Menos de 2 meses 2. 2-4 meses 3. 5-6 meses 4. 7-9 meses 5. 10-12 meses 6. 1-2 años 7. Más de 2 años	<input type="checkbox"/> ^{B17}
4. ¿Ha estado sometido a tratamiento de infertilidad, alguno de los miembros de la pareja, en relación con este último embarazo? 1. Sí 2. No <i>(ir a la pregunta 8)</i>	<input type="checkbox"/> ^{B19}
5. Si es sí, ¿qué tratamiento recibió? <i>Por favor marque la casilla apropiada. Puede elegir varias opciones y marcar varias casillas.</i> 1. Tratamiento hormonal <i>(ir a la pregunta 8)</i> 2. Inseminación 3. Fertilización in vitro/ ICSI 4. Operación. quirúrgica 5. Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ^{B20-24}
6. Si fue tratada por inseminación ó IVF/ICSI, por favor responda si el semen fué	<input type="checkbox"/> ^{B25}

1. de su marido 2. de un donante	
7. Si fue tratada por inseminación ó IVF/ICSI, por favor responda si el óvulo fue 1. suyo propio 2. de una donante	<input type="checkbox"/> B26
8. ¿Ha tomado medicación alguna mientras intentaba quedarse embarazada ? 1. Sí (por favor complete esta tabla) 2. No (ir a la pregunta 9)	<input type="checkbox"/> B27

Si es sí, complete la siguiente tabla de forma tan precisa como le sea posible. Si no puede recordar el nombre del medicamento deje el espacio vacío.

Nombre del medicamento	Enfermedad	Dosis Diaria	No. de días
Ej. Paracetamol	Dolor muscular	500 mg x 3	3
B28	B29	B30	B31
B32	B33	B34	B35
B36	B37	B38	B39
B40	B41	B42	B43

9. ¿Ha sufrido algunos de los problemas/enfermedades mencionados abajo? Si es sí, por favor indique durante qué semana/s de gestación

Problema	No	Sí	Semana de Gestación
Pérdida de líquido amniótico		B46	B47
Naúseas		B60	B61
Vómitos		B62	B63

10. ¿ Le han puesto un empaste dental blanco (no metálico) durante este embarazo ? 1. Sí 2. No (ir a la pregunta 12)	<input type="checkbox"/> B66
11. Si es sí, ¿durante qué semana/s de la gestación ? Señale la/s casilla/s apropiada/s. 1. Semana 0-13. 2. Semana 14-26 3. Semana 27-42	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B67-69
12. ¿Ha tenido alguna hemorragia vaginal durante su embarazo ? Esta pregunta también incluye manchas 1. Sí 2. No (ir a la pregunta 14)	<input type="checkbox"/> B83

<p>13. Si es sí, ¿durante qué trimestre de la gestación tuvo una hemorragia ..</p> <p>1. durante el primer trimestre 2. durante el segundo trimestre 3. durante el tercer trimestre</p>	<p>B85-87</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>14. ¿Ha tomado alguna medicina durante este embarazo ?</p> <p>1. Sí (por favor complete la siguiente tabla) 2. No (ir a la pregunta 15)</p>	<p>B91</p> <input type="checkbox"/>

Si es SI, por favor complete la siguiente tabla tan cuidadosamente como sea posible. Por favor recuerde además indicar el uso de pomadas tales como cremas de corticoides. Si no puede recordar el nombre del medicamento deje la tabla vacía.

Nombre	Enfermedad	Dosis diaria	Nº de días	Semana de gestación
Ej. Paracetamol	Dolor muscular	500 mg x 3	2	14
B92	B93	B94	B95	B96
B97	B98	B99	B100	B101
B102	B103	B104	B105	B106
B107	B108	B109	B110	B111

<p>15. Tuvo algún episodio febril durante las primeras 14 semanas de su embarazo?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	<p>B112</p> <input type="checkbox"/>
<p>16. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre durante este embarazo?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	<p>B120</p> <input type="checkbox"/>
<p>17. ¿Ha estado embarazada con anterioridad?</p> <p>1. Sí (por favor complete la siguiente tabla) 2. No (ir a la sección C)</p>	<p>B121</p> <input type="checkbox"/>

La siguiente tabla resume algunos embarazos previos que usted podría haber tenido. Las primeras dos líneas dan ejemplos de cómo utilizar la tabla. Por favor intente ser lo más precisa posible. En la columna "Enfermedades" puede escribir algunos de las enfermedades mencionadas en el apartado C - b)1 ó alteraciones cromosómicas.

No	Año	Duración emb. (semanas)	Sexo	Peso (g)	Enferm.	Aborto	M. neonatal	Mal parto	Emb E.U.
Ej.	1980	5				x			
Ej.	1992	39	Niña	3010					
1/B122-130									
2/B131-139									
3/B140-148									
4/B149-157									
5/B158-166									
6/B167-175									
7/B176-184									
8/B185-193									
9/B194-202									
10/B203-211									

C. ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD:

a) Ginecología y Obstetricia

1. ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera menstruación/regla? <i>Escriba su edad en años completos, si fuera posible también en medios años. P.ej. 13.0 ó 12.5</i>	<input type="text"/> C1
2. ¿ Ha usado alguna vez el DIU como método anticonceptivo ? 1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 4</i>)	<input type="text"/> C4
3. Si ha usado un DIU hormonal, por favor indique por cuanto tiempo. <i>Añadir los años en los que lo usó, incluso si ha habido interrupciones en su empleo</i> 1. Menos de un año 2. 1-2 años 3. 2-5 años 4. Más de 5 años	<input type="text"/> C6
4. ¿Ha usado alguna vez anticonceptivos orales ó implantes ? 1. Sí 2. No	<input type="text"/> C7
5. Si es SI, ¿ Durante cuánto tiempo los ha utilizado ? <i>Añadir los años en los que incluso ha habido interrupciones</i> 1. Menos de 1 año 2 1-2 años 3 3-5 años 4 6-10 años 5 11-15 años 6 Más de 15 años	<input type="text"/> C8

b) Salud general

Esta parte del cuestionario se refiere a aspectos generales de la salud. Si tiene (ha tenido) algunas de las enfermedades abajo mencionadas.

1. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? La tabla debe ser completada por la madre y el padre, marcando SI o NO. Por favor complete la misma información para los/as hermanos/as del niño esperado.

	Madre		Padre		Hermano I		Hermano II	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
RIÑÓN/ VEJIGA								
Falta de un riñón C140-143								
GÓNADAS								
Hipospadias C176-178								
Epispadia C179-181								
Mala apertura de la uretra C182-184								
Criptorquidismo(uni- o bilateral) C201-203								

D. EDUCACIÓN Y CONDICIONES DE TRABAJO

Esta sección consta de dos partes : las preguntas 1-15 debe contestarlas la madre, las preguntas 16-29 el padre

<p>1. ¿Cuál es su estado civil ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Conviviendo con su pareja 3. Soltera 	<p>D1</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>2. ¿Cuál es su trabajo actual/ qué soporte financiero recibe? Elija sólo una opción .</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agricultor /Trabajador en una finca (ir a la pregunta 7) 2. Otro tipo de negocio propio(ir a la pregunta 5) 3. Trabajo con su esposo (ir a la pregunta 5) 4. Trabajo especializado (ir a la pregunta 5) 5. Trabajo no especializado (ir a la pregunta 5) 6. Empleado/Servicio público (ir a la pregunta 5) 7. Recibiendo educación/ Formación (ir a la pregunta 3) 8. Jubilación anticipada/ Pensionista (ir a la pregunta 3) 9. Ama de casa/Sin otro trabajo (ir a la pregunta 3) 10. Subsidio de desempleo (ir a la pregunta 3) 11. Maternidad ó Permiso de Maternidad (ir a la pregunta 3) 12. Otros (ir a la pregunta 3) 	<p>D2</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>3. ¿Ha tenido durante los últimos 3 años trabajo durante 3 meses ó más ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No (ir a la pregunta 10) 	<p>D3</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

<p>4. ¿Qué ocupación tuvo mas recientemente (durante 3 meses o más)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agricultor/Trabajo en una finca <i>(ir a la pregunta 7)</i> 1. Otro tipo de negocio propio <i>(ir a la pregunta 8)</i> 2. Trabajo con su cónyuge <i>(ir a la pregunta 8)</i> 3. Trabajo especializado <i>(ir a la pregunta 5)</i> 4. Trabajo no especializado <i>(ir a la pregunta 5)</i> 5. Empleado/ Servicio público <i>(ir a la pregunta 9)</i> 6. Otro <i>(ir a la pregunta 9)</i> 	<p style="text-align: right;">D4</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>5. ¿Tiene algún empleado en su trabajo ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <i>(ir a la pregunta 9)</i> 	<p style="text-align: right;">D5</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>6. ¿Cuántos empleados tiene o ha tenido en total en su trabajo ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1-10 <i>(ir a la pregunta 9)</i> 2. 11-50 <i>(ir a la pregunta 9)</i> 3. Más de 50 <i>(ir a la pregunta 9)</i> 	<p style="text-align: right;">D6</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>7. ¿Cómo de grande es/era su finca (incluida la parte arrendada, no incluida la dada en arriendo).</p> <p style="text-align: center;">No. De hectáreas: _____</p>	<p style="text-align: right;">D7</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>8. ¿Cuántos empleados tiene su plantilla (sin incluirse usted y su cónyuge) ?</p> <p style="text-align: center;">No. De empleados: _____</p>	<p style="text-align: right;">D8</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>9. ¿Cuál es su ocupación exacta? Por favor de una descripción precisa (p.ej. principal encargado de la oficina de hacienda) _____</p>	<p style="text-align: right;">D9</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>10. ¿Ha completado alguna formación educacional? Por favor considere solo la formación que sea cualificada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <i>(ir a la pregunta 14)</i> 	<p style="text-align: right;">D10</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>11. Si es SI, ¿qué cualificación tiene?. Si tiene varias (p.ej formación en un trabajo especializado y graduación universitaria), por favor indique la de mayor grado:</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: right;">D11</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>12. ¿Cuánto duró su formación ?</p> <p style="text-align: center;">Años: _____</p> <p style="text-align: center;">Meses: _____</p>	<p style="text-align: right;">D12-13</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>

<p>13. ¿A qué grupo pertenece su formación ? <i>Por favor elija sólo una respuesta, la formación más cualificada.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin estudios 2. Estudios primarios 3. Estudios medios 4. Estudios superiores 3. Formación profesional 5. Diplomatura 	<p style="text-align: right;">D14</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 20px auto;"></div>
<p>14. ¿Ha estado expuesto - bajo su consentimiento - a productos químicos en su trabajo ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 16</i>) 	<p style="text-align: right;">D15</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 20px auto;"></div>
<p>15. Si es SI, ¿a qué productos químicos?. <i>Escriba el nombre, tipo o para qué ha usado el producto</i></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p style="text-align: right;">D16</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 20px auto;"></div>
<p>16. (Las preguntas 16-29 deberán ser contestadas por el padre) ¿Cuál es su ocupación/ de qué vive? <i>Elija solo una opción.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agricultor/Trabajador en una finca (<i>ir a la pregunta 21</i>) 2. Otro tipo de negocio propio (<i>ir a la pregunta 19</i>) 3. Trabajo con su esposa (<i>ir a la pregunta 19</i>) 4. Trabajo especializado (<i>ir a la pregunta 19</i>) 5. Trabajo no especializado (<i>ir a la pregunta 19</i>) 6. Empleado/Servicio Publico (<i>ir a la pregunta 19</i>) 7. Recibiendo educación/ Formación (<i>ir a la pregunta 17</i>) 8. Jubilación anticipada/Pensionista (<i>ir a la 17</i>) 9. Amo de casa / Sin otro empleo (<i>ir a la pregunta 17</i>) 10. Subsidio de desempleo (<i>ir a la pregunta 17</i>) 11. Permiso de Paternidad (<i>ir a la pregunta 17</i>) 12. Otros (<i>ir a la pregunta 17</i>) 	<p style="text-align: right;">D17</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 20px auto;"></div>
<p>17. ¿Ha tenido durante los ultimos 3 años un trabajo durante 3 meses o más ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 24</i>) 	<p style="text-align: right;">D18</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 20px auto;"></div>
<p>18. ¿ Qué ocupación tuvo mas recientemente (durante 3 meses o más) ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agricultor/Trabajo en una finca (<i>ir a la pregunta 21</i>) 2. Otro tipo de negocio propio (<i>ir a la pregunta 22</i>) 3. Trabajo con su cónyuje (<i>ir a la pregunta 22</i>) 4. Trabajo especializado (<i>ir a la pregunta 19</i>) 5. Trabajo no especializado(<i>ir a la pregunta 19</i>) 6. Empleado /Servicio Público (<i>ir a la pregunta 23</i>) 7. Otro (<i>ir a la pregunta 23</i>) 	<p style="text-align: right;">D19</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 20px auto;"></div>

19. ¿Tiene algún empleado en su trabajo ? 1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 23</i>)	<input type="checkbox"/> D20
20. ¿Cuántos empleados tiene o ha tenido en total en su trabajo ? 1. 1-10 (<i>ir a la pregunta 23</i>) 2. 11-50 (<i>ir a la pregunta 23</i>) 3. Más de 50 (<i>ir a la pregunta 23</i>)	<input type="checkbox"/> D21
21. ¿Cómo de grande es /era la finca (incluida la parte arrendada , no incluida la dada en arriendo) ? No. de hectáreas _____	<input type="checkbox"/> D22
22. ¿Cuántos empleados tiene su plantilla (sin incluirse usted ni su cónyuge) ? No. de empleados: _____	<input type="checkbox"/> D23
23. ¿Cuál es su ocupación exacta?. Por favor dé una descripción precisa (p.ej. principal encargado de la oficina de Hacienda)	<input type="checkbox"/> D24
24. ¿Ha completado alguna formación educacional? Por favor considere solo la formación que sea cualificada 1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 28</i>)	<input type="checkbox"/> D25
25. Si es SI, ¿qué cualificación tiene? Si tiene varias (p.ej. formación en un trabajo especializado y graduación universitaria), por favor indique la de mayor grado. _____	<input type="checkbox"/> D26
26. ¿Cuánto duró su formación ? Años: _____ Meses: _____	<input type="checkbox"/> D27-28
27. ¿A qué grupo pertenece su formación? Por favor elija solo una respuesta, la formación mas cualificada. 1. Sin estudios 2. Estudios primarios 3. Estudios medios 4. Estudios superiores 5. Formación profesional 6. Diplomatura.	<input type="checkbox"/> D29
28. ¿Ha estado expuesto -bajo su consentimiento- a productos químicos en su trabajo ? 1. Sí 2. No (<i>ir a la seccion E</i>)	<input type="checkbox"/> D30
29 Si es SI, ¿qué productos químicos?. Escriba el nombre, tipo o para qué se usa el producto. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> D31

E. ESTILO DE VIDA

<p>1.¿ Ha usado algún cosmético durante su embarazo (la pregunta no incluye maquillaje) ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No (ir a la pregunta 5) 	<p style="text-align: right;">E1</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p style="text-align: center;">2.</p> <p>2. Si es SI , ¿qué tipo de cosmético ha usado? <i>Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la /s casilla/s apropiada/s</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crema..... 2. Loción..... 3. Ungüento..... 4. Aceite..... 5. Polvos..... 6. Otros..... 	<p style="text-align: right;">E2-7</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
<p>3. Si es SI , ¿para qué parte del cuerpo usó los cosméticos? <i>Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo el cuerpo..... 2. Brazos y/o piernas..... 3. Parte superior del cuerpo..... 4. Parte inferior del cuerpo..... 5. Sólo barriga..... 6. Varias..... 	<p style="text-align: right;">E8-13</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
<p>4. Si es SI , ¿con qué frecuencia usó los cosméticos. ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diariamente 2. Más de una vez a la semana 3. Más de una vez al mes 4. Menos de una vez al mes/rara vez. 	<p style="text-align: right;">E14</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>5a. ¿Se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente o echado mechas durante su embarazo? Esta pregunta no incluye champú colorante. <i>Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s .</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No (ir a la pregunta 6)..... 2. Si, mechas..... 3. Sí, tinte..... 4. Sí, hecho permanente-ondulada..... 	<p style="text-align: right;">E15-18</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 70px; margin: 0 auto;"></div>
<p>5b. Si es SI, ¿durante qué semana de la gestación? (Marque la/s casilla/s apropiada/s).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Semana 0-13..... 2. Semana 14-26..... 3. Semana 27-42..... 	<p style="text-align: right;">E19-21</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
<p>5c. Si es SI, ¿cuántas veces se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente ó echado mechas? Introduzca el número total en la casilla. _____</p>	<p style="text-align: right;">E22</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

6. ¿Ha tomado alguna dieta complementaria durante el embarazo ? 1. Sí (por favor complete la siguiente tabla) 2. No (ir a la pregunta 7)	E23
---	-----

Por favor, añada dietas suplementarias, tales como medicina alternativa, té de hierbas. En la columna "frecuencia" puede responder una de las tres posibilidades: diariamente, más de una vez a la semana, menos de una vez a la semana.

	Nombre del producto	Frecuencia	Semana de Gestación
Ej.	Vitamina C	Diariamente	Desde la 12 a ahora
Vitaminas Esenciales	E24	E25	E26
Multivitaminas	E27	E28	E29
Ácido Fólico	E30	E31	E32
Hierro	E33	E34	E35
Calcio	E36	E37	E38
Aceite de pescado (A. Hígado de Bacalao)	E39	E40	E41
Otro E42	E43	E44	E45
Otro E46	E47	E48	E49

7. ¿ Cuántos vasos de agua bebe diariamente ? 1. Ninguno 2. 1-3 vasos / día 3. Más de 3 vasos / día	E50
8. ¿Es usted vegetariana ? 1. Sí 2. No (ir a la pregunta 10)	E51
9. Si es SI, ¿qué tipo de vegetariana ? 1. Como pescado ó aves de corral..... 2. Como huevos y leche..... 3. Solo como frutas y verduras (vegetariana estricta).	E52-54
10. ¿Ha comido alguna vez comida ecológica ? 1. Sí 2. No (ir a la pregunta 13)	E55

<p>11. Si es SI, ¿con qué frecuencia ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diariamente/ varias veces a la semana 2. 1-4 veces al mes 3. Muy rara vez/ nunca 	<p style="text-align: right;">E56</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>								
<p>12. Si es sí, ¿qué porcentaje de su dieta es ecológico? Por favor responda a cada una de los tipos de la lista de abajo. Puede usar una puntuación del 0 al 100. 0 = no haber comido nunca comida ecológica de ese tipo, 100 = comer solo comida ecológica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frutas y verduras 2. Pan 3. Carne..... 4. Productos del día..... 5. Otros..... 	<p style="text-align: right;">E57-61</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
<p>13. ¿Usa recipientes de plástico en el microondas para calentar comida ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 15</i>) 	<p style="text-align: right;">E62</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>								
<p>14. Si es SI ¿con qué frecuencia ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Varias veces a la semana 2. Varias veces al mes 3. Menos de una vez al mes 4. Nunca 	<p style="text-align: right;">E63</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>								
<p>15. ¿Cuánto ha comido ó bebido de media de lo siguiente durante el embarazo. Por favor, responda de forma individual para cada tipo, y use "0" para aquello que no ha tomado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Café (tazas al día)..... 2. Té (tazas al día)..... 3. Cacao (tazas al día)..... 4. Cola (litros por semana)..... 5. Cerveza (botellas por semana)..... 6. Vino (vasos por semana)..... 7. Alcohol fuerte/ licores (vasos por semana)..... 8. Barras de chocolate (gramos por semana)..... p.ej. 1 = 60 gramos, 1 = 200 gramos 	<p style="text-align: right;">E68-75</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
<p>16. ¿Cuántas veces durante este embarazo ha bebido en exceso? <i>Piense también al comienzo de su embarazo</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. 1-2 veces 3. 3 ó más veces 	<p style="text-align: right;">E76</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>								
<p>17. ¿Ha tomado marihuana durante el embarazo ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p style="text-align: right;">E77</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>								
<p>18. ¿Ha estado tomando pastillas, anfetaminas o otras drogas estimulantes durante su embarazo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p style="text-align: right;">E80</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>								

<p>19. ¿Ha fumado durante este embarazo?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	<input type="checkbox"/> E99
<p>20. ¿Cuánto fuma por día?</p> <p>1. Cigarrillos..... 2. Cheroots..... 3. Puros..... 4. Pipas.....</p>	<p>E104-107</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>21. ¿Dejó de fumar después de quedarse embarazada?</p> <p>1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 26</i>) 3. Parcialmente / No, pero lo reduje</p>	<input type="checkbox"/> E110
<p>22. Si es Sí, ¿en qué semana de gestación?</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> E111
<p>23. Si es SI, ¿usó parches de nicotina, chicles o sprays para dejarlo?</p> <p>1. Sí 2. No (<i>ir a la pregunta 26</i>)</p>	<input type="checkbox"/> E112
<p>24. Si es SI, ¿qué producto usó?</p> <p>1. Chicles con nicotina 2. Parches con nicotina 3. Spray con nicotina</p>	<input type="checkbox"/> E113
<p>25. Si es SI, ¿en qué semana(s) de gestación lo usó? Escriba la semana dentro de la casilla</p> <p>1. Semana 0-13 2. Semana 14-26 3. Semana 27-42 4. Durante todo el embarazo</p>	<input type="checkbox"/> E114
<p>26. ¿Ha estado expuesta al humo del tabaco forma pasiva p. ej. fuma su pareja o la gente de su oficina?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	<input type="checkbox"/> E115
<p>27. Si es SI, ¿cuántas horas al día de media?</p> <p>1. Menos de $\frac{1}{2}$ hora 2. $\frac{1}{2}$-2 horas 3. Más de 2 horas</p>	<input type="checkbox"/> E116

28. ¿Con qué frecuencia tomó alguna de las siguientes comidas durante el embarazo?

	Nunca	1-3 veces al mes	1-3 veces semana	4-6 veces semana	Una o más veces al día
Yogur E118-122					
Quesos frescos E123-127					
Quesos añejos E128-132					
Huevos E133-137					
Tofu, miso E138-142					
Carne de soja p.ej. hamburguesas y salchichas vegetarianas E143-147					
Guisantes, habichuelas, lentejas, garbanzos E148-152					
Ensalada (lechuga, tomates, etc) E153-157					
Vegetales verdes frescos E158-162					
Otros vegetales frescos (zanahorias, etc) E163-167					
Vegetales congelados E168-172					
Conservas vegetales (incluidos las conservas de tomates) E173-177					
Fruta fresca E178-182					
Zumo de fruta fresca E183-187					
Conserva de fruta o tetra brike de zumo de fruta. E188-192					
Fruta seca E193-197					
Aves (pollo, pavo). E198-202					
Carne (vaca, cordero, cerdo, jamón, bacon, ternera, hamburguesa) .E203-207					
Hígado, paté de hígado, riñón, corazón, callos E208-212					
Pescado blanco fresco o congelado (bacalao, platija, dedos de pescado) E213-217					
Otro pescado fresco o congelado (sardina, boquerón, salmonete, atún, arenque, ahumados, trucha, salmón) E218-222					
Marisco fresco o congelado (camarones, coquinas, almejas) E223-227					
Pescado en conserva E228-232					
Carne en conserva E233-237					
Judías guisadas E238-242					
Otras alubias en conserva E243-247					
Comida orgánica o de cosecha propia E248-252					
Chocolate E253-257					

29. Por favor indique si estuvo personalmente en contacto con alguno de los siguientes productos en el trabajo y si es así, durante cuántas horas a la semana:

Labor	Número de horas por semana
VDU Screen/computadoras E258-263	
Spray para el pelo E264-269	
Humos del plástico E270-275	
Productos de limpieza incluyendo desinfectantes E276-281	
Disolventes (orgánicos) (formaldehído, glutaraldehído, óxido etileno) E282-287	
Pinturas E288-293	
Tinta de imprenta E294-299	
Pintura delgada E300-305	
Tintes y pigmentos E306-311	
Cola E312-317	
Pesticidas E318-323	
Productos químicos fotográficos E324-329	
Metales pesados (plomo, mercurio cadmio)? E330-335	
Otros metales (hierro, zinc, aluminio)? E336-341	
Humos de soldar E342-347	
Humos de fábrica E348-353	
Humos de tubo de escape (diesel, gasolina)? E354-359	
Rayos-X (radiación iónica)? E360-365	
Radiación no iónica (UV, infrarrojos)? E366-371	
Anestésicos E372-377	
Citostáticos y antibióticos E378-383	
Vibraciones E384-389	
Grano, paja, papel y polvo textil. E390-395	
Polvo E396-401	
Otros productos químicos, por favor especifíquelos E402-407	

Ya ha finalizado este cuestionario. Muchas gracias por todo el tiempo y esfuerzo que ha puesto. Si tiene algún comentario/crítica por favor escríbala aquí:

OBSERVACIONES: