

10a. (65a) ¿Era una piscina pública?

1 Sí (especificar nombre)

2 No

10b. (65b) ¿Con qué frecuencia se bañaba en la piscina durante el embarazo?

	Verano		Resto del año	
	Nº veces al mes	Tiempo (minutos)	Nº veces al mes	Tiempo (minutos)
1. Piscina descubierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Piscina cubierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSUMO DE BEBIDAS

Estimada Sra., esta parte de la encuesta es para conocer el consumo de las siguientes bebidas durante su embarazo. Para tipo de bebida o alimento, señale cuántas veces como media había tomado la cantidad que se indica.

	Nunca o menos de 1 vez al mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por sem.	5-6 por sem.	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6 o más por día
11. (85) Agua del grifo (1 vaso)	<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"/>
12. (86) Agua embotellada sin gas (1 vaso)	<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"/>
13. (87) Agua embotellada con gas (1 vaso)	<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"/>
14. (89) Café (1 taza)	<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"/>
15. (90) Café descafeinado (1 taza)	<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"/>
16. (91) Sopa o puré de verduras (un plato)	<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"/>
17. (101) Té o Infusiones (1 taza)	<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"/>

OBSERVACIONES

¡GRACIAS POR CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO!