

Pegar aquí etiqueta de
identificación



Infancia y Medio Ambiente

IDNUM

CENTROS PARTICIPANTES

Momento de aplicación:

VISITA DE INCLUSIÓN (10-13 SG)	Cuestionario General de la Madre C. Frecuencia Alimentos n° 1
VISITA 28-32 SG	Cambios del Cuestionario General C. Frecuencia Alimentos n° 2 Cuestionario Exposición Laboral C. Exposición Ambiental y Estilo de Vida

Cuestionario General de la Madre:

- I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
- S. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**
- L. HISTORIA LABORAL**
- P. DATOS SOBRE EL PADRE**
 - PL. HISTORIA LABORAL DEL PADRE
 - PC. HISTORIA DE CONSUMO
- R. HISTORIA REPRODUCTIVA**
 - RP. HISTORIA OBSTÉTRICA PREVIA
 - RE. HISTORIA EMBARAZOS ANTERIORES
 - RAC. ANTICONCEPTIVOS
 - RA. EMBARAZO ACTUAL
- M. ANTECEDENTES MEDICOS**
 - MF. ENFERMEDADES FAMILIARES
 - MC. ENFERMEDADES CRÓNICAS MADRE
 - MM. HISTORIA MEDICA
- A. ANTECEDENTES ALÉRGICOS**
 - F. CONSUMO DE FÁRMACOS
 - V. VACUNAS
 - C. COMPLICACIONES
 - F. FINAL DE LA VISITA DE INCLUSIÓN (VI)

Cuestionario Exposición Laboral Madre:

HISTORIA LABORAL EMBARAZO
PERIODO TRABAJADO

Cuestionario Exposición Ambiental y Estilo de Vida Madre:

CASA
 DORMITORIO
 COCINA
 CALEFACCIÓN-AIRE ACONDICIONADO
 EXTERIOR

TABACO

ESTILOS DE VIDA
 COSMETICOS Y OTROS
 USO Y CONSUMO DE AGUA

TIEMPO-ACTIVIDAD Y DESPLAZAMIENTO
PERCEPCIONES SOBRE MEDIO AMBIENTE

Cuestionario Frecuencia Alimentos de la madre (CFA)

- GRUPOS DE ALIMENTOS**
- I. LACTEOS
 - II. HUEVOS, CARNES, PESCADOS
 - III. VERDURAS, LEGUMBRES
 - IV. FRUTAS
 - V. PAN, CEREALES Y SIMILARES
 - VI. ACEITES, GRASAS Y DULCES
 - VII. BEBIDAS Y MISCELANEAS
- SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES**
HABITOS DIETETICOS
ACTIVIDAD FÍSICA

CUESTIONARIO GENERAL: VISITA DE INCLUSIÓN (V₁)

DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE :

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: □□□□□□□□ DNI:

TARJETA SANITARIA (SIP):.....

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA al que pertenece:

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (NSS):

Nº HISTORIA CLINICA DE LA FE:

DIRECCIÓN ACTUAL

Calle	Nº	Piso	Puerta
Municipio	CP		
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:		
Teléfono(s) móvil(es):			
e-mail:			
Nº Teléfono de posibles contactos (familiares, amigos)			
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:	

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

IDPreinclusión: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FECHA ÚLTIMA REGLA: | | | | | | | |

FECHA PROBABLE DE PARTO: | | | | | | | |

FECHA FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO	
FECHA DE LA ENTREVISTA	
HORA INICIO DE LA ENTREVISTA	
LUGAR DE LA ENTREVISTA	
ACOMPAÑANTE (<i>Indicar parentesco</i>)	
NOMBRE ENTREVISTADOR	

S. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

S1. Lugar de nacimiento (municipio)	S2. Provincia/Región	S3. País	S1 | | | | S2 | | | | S3 | | | |
S4. Grupo étnico: (<i>No realizar esta pregunta, contestar por observación y en caso de duda verificarlo</i>)			S4 | |
1 Blanco 2 Asiático 3 Negro 4 Árabe (incluidos Norte de África y Oriente Medio) 5 Gitano 6 Amerindios 7 Otros, especificar 9 Ns/Nc			
S5. ¿Cuántos años lleva viviendo en su municipio actual? N° años | | | | N° meses | | | |			S5 | | | | | | | |
S6. ¿Desde cuando vive en su casa actual? (mes, año) | | | | | | | |			S6 | | | | | | | |
S7. Si menos de 10 años, rellenar el cuadro siguiente (<i>hacia atrás empezando por el último domicilio hasta cubrir un máximo de 10 años</i>)			
Calle, n°	Municipio/ Provincia/País	Desde (mes, año)	Hasta (mes, año)
S8. ¿En qué zona del municipio vive usted?			S8 | |
1 Casco urbano o barrio periférico 2 Urbanización 3 Campo 9 Ns/Nc			
S9. ¿Cuál es su estado civil?			S9 | |
1 Casada o pareja estable 2 Soltera 3 Separada o divorciada 4 Viuda 5 Otros, especificar 9 Ns/Nc			

Con formato: Sangría:
Izquierda: 3,37 cm, Primera
línea: 0 cm, Numerado +
Nivel: 1 + Estilo de
numeración: 1, 2, 3, ... +
Iniciar en: 3 + Alineación:
Izquierda + Alineación: 4 cm
+ Tabulación después de:
5,04 cm + Sangría: 5,04 cm

IDNUM

PL3. En relación con el trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados por el padre durante los últimos 10 años, podría indicarnos (empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás hasta cubrir los 10 años si ha habido otros trabajos previos)

Periodo de contrato: *Tiempo trabajado en la empresa (fecha de entrada, fecha de salida)*
Actividad de la empresa: *¿A qué se dedica la empresa?*
Puesto de trabajo: *¿Qué puesto ocupa el trabajador en la empresa?*
Tareas: *¿Qué tipo de tareas desempeña el trabajador en su trabajo?*
Exposiciones: *¿El trabajador está expuesto en su trabajo a sustancias químicas (metales, disolventes, etc.), a agentes físicos (ruido, vibraciones, radiaciones, temperaturas extremas) o a agentes biológicos (bacterias, virus)? En caso afirmativo, especificar naturaleza y tipo de exposición.*

Periodo de contrato	Actividad de la empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				

PC. HISTORIA DE CONSUMO

PC1. Durante una semana normal, ¿cuántos vasos, copas o consumiciones acostumbra a tomar su pareja?

	Entre semana	Fin de semana
a. Cerveza		
b. Vino o cava		
c. Coñac, licores		
d. Whisky, ginebra, vodka, ron		

PC1ad

PC1bd

PC1cd

PC1dd

PC1as

PC1bs

PC1cs

PC1ds

R. HISTORIA REPRODUCTIVA**RP. HISTORIA OBSTÉTRICA PREVIA**

RP1. ¿Cuántos embarazos en total, a parte del actual, ha tenido Ud.?

RP1

SI LA RESPUESTA ES **NINGUNO** PASAR A LA PREGUNTA **RAC1**

RP2. ¿Notó un aumento del vello en la cara, en el pecho o en otras partes del cuerpo en algún embarazo anterior?

RP2

- 1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

RP2a. ¿En cuántos embarazos?

RP2a

RP3. ¿Algún médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes complicaciones en embarazos anteriores?

	Nº de orden del embarazo en el que tuvo el problema									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a. Ningún problema										
b. Hipertensión en el embarazo										
c. Preeclampsia										
d. Eclampsia										
e. Diabetes gestacional										
f. Incompetencia cervical										
g. Otras, especificar										

RP3a RP3b RP3c RP3d RP3e RP3f RP3g

A CONTINUACIÓN LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON SUS EMBARAZOS Y PARTOS ANTERIORES

(Por favor tenga en cuenta todos los embarazos no importa cual haya sido su término)

IDNUM

RE. HISTORIA EMBARAZOS ANTERIORES										
Nº	RE.1 Aborto 1) Espontáneo 2) Inducido 3) No	RE.2 Fecha de nacimiento o término del embarazo. (Día Mes Año)	RE.3 Recién nacido 1) Vivo 2) Muerto	RE.4. Duración embarazo (semanas)	RE.5 Peso en gramos del recién nacido	RE.6 Sexo 1) Niño 2) Niña 9) Ns/Nc	RE.7 Tipo de parto 1) Vaginal 2) Cesárea 3) Fórceps 4) Ventosa	RE.8 Semanas de lactancia	RE.9 Malformación en el bebé 1) Si 2) No	RE.10 ¿Vive en la actualidad? 1) Si 2) No
1	RE1.1 <input type="checkbox"/>	RE2.1 <input type="text"/>	RE3.1 <input type="checkbox"/>	RE4.1 <input type="text"/>	RE5.1 <input type="text"/>	RE6.1 <input type="checkbox"/>	RE7.1 <input type="checkbox"/>	RE8.1 <input type="text"/>	RE9.1 <input type="checkbox"/>	RE10.1 <input type="checkbox"/>
2	RE1.2 <input type="checkbox"/>	RE2.2 <input type="text"/>	RE3.2 <input type="checkbox"/>	RE4.2 <input type="text"/>	RE5.2 <input type="text"/>	RE6.2 <input type="checkbox"/>	RE7.2 <input type="checkbox"/>	RE8.2 <input type="text"/>	RE9.2 <input type="checkbox"/>	RE10.2 <input type="checkbox"/>
3	RE1.3 <input type="checkbox"/>	RE2.3 <input type="text"/>	RE3.3 <input type="checkbox"/>	RE4.3 <input type="text"/>	RE5.3 <input type="text"/>	RE6.3 <input type="checkbox"/>	RE7.3 <input type="checkbox"/>	RE8.3 <input type="text"/>	RE9.3 <input type="checkbox"/>	RE10.3 <input type="checkbox"/>
4	RE1.4 <input type="checkbox"/>	RE2.4 <input type="text"/>	RE3.4 <input type="checkbox"/>	RE4.4 <input type="text"/>	RE5.4 <input type="text"/>	RE6.4 <input type="checkbox"/>	RE7.4 <input type="checkbox"/>	RE8.4 <input type="text"/>	RE9.4 <input type="checkbox"/>	RE10.4 <input type="checkbox"/>
5	RE1.5 <input type="checkbox"/>	RE2.5 <input type="text"/>	RE3.5 <input type="checkbox"/>	RE4.5 <input type="text"/>	RE5.5 <input type="text"/>	RE6.5 <input type="checkbox"/>	RE7.5 <input type="checkbox"/>	RE8.5 <input type="text"/>	RE9.5 <input type="checkbox"/>	RE10.5 <input type="checkbox"/>
6	RE1.6 <input type="checkbox"/>	RE2.6 <input type="text"/>	RE3.6 <input type="checkbox"/>	RE4.6 <input type="text"/>	RE5.6 <input type="text"/>	RE6.6 <input type="checkbox"/>	RE7.6 <input type="checkbox"/>	RE8.6 <input type="text"/>	RE9.6 <input type="checkbox"/>	RE10.6 <input type="checkbox"/>
7	RE1.7 <input type="checkbox"/>	RE2.7 <input type="text"/>	RE3.7 <input type="checkbox"/>	RE4.7 <input type="text"/>	RE5.7 <input type="text"/>	RE6.7 <input type="checkbox"/>	RE7.7 <input type="checkbox"/>	RE8.7 <input type="text"/>	RE9.7 <input type="checkbox"/>	RE10.7 <input type="checkbox"/>
8	RE1.8 <input type="checkbox"/>	RE2.8 <input type="text"/>	RE3.8 <input type="checkbox"/>	RE4.8 <input type="text"/>	RE5.8 <input type="text"/>	RE6.8 <input type="checkbox"/>	RE7.8 <input type="checkbox"/>	RE8.8 <input type="text"/>	RE9.8 <input type="checkbox"/>	RE10.8 <input type="checkbox"/>
9	RE1.9 <input type="checkbox"/>	RE2.9 <input type="text"/>	RE3.9 <input type="checkbox"/>	RE4.9 <input type="text"/>	RE5.9 <input type="text"/>	RE6.9 <input type="checkbox"/>	RE7.9 <input type="checkbox"/>	RE8.9 <input type="text"/>	RE9.9 <input type="checkbox"/>	RE10.9 <input type="checkbox"/>
10	RE1.0 <input type="checkbox"/>	RE2.0 <input type="text"/>	RE3.0 <input type="checkbox"/>	RE4.0 <input type="text"/>	RE5.0 <input type="text"/>	RE6.0 <input type="checkbox"/>	RE7.0 <input type="checkbox"/>	RE8.0 <input type="text"/>	RE9.0 <input type="checkbox"/>	RE10.0 <input type="checkbox"/>

RE11. Si ha contestado "Sí" en alguna malformación del niño/a, especificar el tipo de malformación (si más de un niño, marcar n° de embarazo y especificar)

Tipo de Malformación/es _____

RE12. Si ha contestado "No" a vive en la actualidad, especificar (si más de un niño marcar n° de embarazo y especificar)

Edad (en días, meses o años) _____, causa de la muerte _____

(USE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

RA. EMBARAZO ACTUAL

RA1. Cuando se quedó embarazada, ¿tenía intención de quedarse embarazada?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No se lo había planteado
- 9 Ns/Nc

RA1

RA2. En que fecha empezó a intentar quedar embarazada?

(mes, año):

RA2

RA3. ¿Cuántas visitas prenatales ha realizado en el Centro de Atención Primaria (CAP) antes de esta primera visita al hospital? N°

RA3

RA4. ¿Cuántas visitas prenatales ha realizado en la consulta de un ginecólogo privado antes de esta primera visita al hospital? N°

RA4

RA5. Fecha de la 1ª visita prenatal (CAP o ginecólogo privado):

RA5

RA6. ¿Aproximadamente cuál era su peso antes de su actual embarazo?:

Kg

RA6

RA7. Talla en cm (medirla): cm

RA7

RA8. ¿Ha tenido usted vómitos en el presente embarazo?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

RA8

RA8a. ¿En que mes del embarazo empezó?

RA8a

RA8b. ¿Por cuánto tiempo? (en semanas)

RA8b

RA8c. ¿Ha sido hospitalizada a causa de los mismos?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

RA8c

RA9. ¿Ha tenido usted algún episodio febril desde el comienzo del embarazo?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

RA9

RA9a. ¿en qué semana del embarazo?

RA9a

RA9b. Fecha del episodio (mes, año)

RA9b

RA10. ¿Ha notado un aumento del vello en la cara, en el pecho o en otras partes del cuerpo en el actual embarazo?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

RA10

RA10a. ¿Qué le diagnosticó el médico?.....

RA10a

RA1	<input type="text"/>
RA2	<input type="text"/>
RA3	<input type="text"/>
RA4	<input type="text"/>
RA5	<input type="text"/>
RA6	<input type="text"/>
RA7	<input type="text"/>
RA8	<input type="text"/>
RA8a	<input type="text"/>
RA8b	<input type="text"/>
RA8c	<input type="text"/>
RA9	<input type="text"/>
RA9a	<input type="text"/>
RA9b	<input type="text"/>
RA10	<input type="text"/>
RA10a	<input type="text"/>

M. ANTECEDENTES MEDICOS

MF. ENFERMEDADES FAMILIARES

MF1. ¿En los últimos *seis meses*, le han sido diagnosticadas por un médico enfermedades infecciosas a personas que conviven con usted (*tuberculosis, VIH, enfermedades exantemáticas víricas como rubéola, varicela, etc.*):

MF1a. Especificar tipo de problema		MF1b. Persona afectada	
	MF1a.1 <input type="checkbox"/>		MF1b.1 <input type="checkbox"/>
	MF1a.2 <input type="checkbox"/>		MF1b.2 <input type="checkbox"/>
	MF1a.3 <input type="checkbox"/>		MF1b.3 <input type="checkbox"/>
	MF1a.4 <input type="checkbox"/>		MF1b.4 <input type="checkbox"/>
	MF1a.5 <input type="checkbox"/>		MF1b.5 <input type="checkbox"/>

Entre su familia cercana y la del padre del bebé

MF2. ¿Han existido problemas? :	Sí	No	Ns/Nc		
a) Para tener hijos	1	2	9	MF2.a	<input type="checkbox"/>
b) De abortos repetidos	1	2	9	MF2.b	<input type="checkbox"/>
c) De esterilidad (sin hijos)	1	2	9	MF2.c	<input type="checkbox"/>

Si todas las respuestas son **No**, pase a MF5

MF3. Especificar tipo de problema		MF4. Familiar afectado	
	MF3.1 <input type="checkbox"/>		MF4.1 <input type="checkbox"/>
	MF3.2 <input type="checkbox"/>		MF4.2 <input type="checkbox"/>
	MF3.3 <input type="checkbox"/>		MF4.3 <input type="checkbox"/>
	MF3.4 <input type="checkbox"/>		MF4.4 <input type="checkbox"/>
	MF3.5 <input type="checkbox"/>		MF4.5 <input type="checkbox"/>

MF5. ¿Sabe si alguien de su familia, usted misma, el padre del bebé o la familia de éste, nacieron presentando?:	Sí	No	Ns/Nc		
a) Enfermedades hereditarias o cromosómicas	1	2	9	MF5.a	<input type="checkbox"/>
b) Malformaciones congénitas	1	2	9	MF5.b	<input type="checkbox"/>
c) Enfermedades graves	1	2	9	MF5.c	<input type="checkbox"/>

Si todas las respuestas son **No**, pase a MC1

MF6. Especificar tipo de problema		MF7. Familiar Afectado	
	MF6.1 <input type="checkbox"/>		MF7.1 <input type="checkbox"/>
	MF6.2 <input type="checkbox"/>		MF7.2 <input type="checkbox"/>
	MF6.3 <input type="checkbox"/>		MF7.3 <input type="checkbox"/>
	MF6.4 <input type="checkbox"/>		MF7.4 <input type="checkbox"/>

MM2. ¿Le han realizado alguna tomografía computerizada (TC o TAC) en los últimos 10 años?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM2

MM2a. ¿cuántas TAC le han realizado, cuando, en qué parte del cuerpo y porqué en los últimos 10 años?

Nº TAC	Año	Parte del cuerpo	Motivo

MM2b. ¿Le realizaron un TAC antes de los 18 años?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM2b

MM3. ¿Ha recibido alguna vez una transfusión?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM3

MM3a. Motivo (de la última).....

MM3b.Fecha

MM3a

MM3b

Con formato: Español (España - alfab. internacional)

MM4. ¿Ha visitado al dentista durante este embarazo?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM4

MM4a. Motivo.....

MM4b.Fecha

MM4a

MM4b

MM5. ¿Tiene empastes en la boca?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM5

MM5a. Tipo 1: blanco, 2: metálico MM5b. Número

MM5a MM5b

MM6. ¿Le ha sido realizado algún empaste durante el embarazo?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM6

MM6a. Indique la fecha

MM6a

MM7. ¿Le ha aplicado flúor el dentista durante el embarazo?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM7

MM7a. Indique la fecha

MM7a

SI LA RESPUESTA ES No o Ns/Nc PASAR A LA PREGUNTA SIGUIENTE

IDNUM

A. ANTECEDENTES ALÉRGICOS							
	Madre			Padre			Hijos
	Sí	No		Sí	No		¿En cuántos hijos?
A1. Asma alérgico	1	2	A1a <input type="checkbox"/>	1	2	A1b <input type="checkbox"/>	A1c <input type="checkbox"/>
A2. Dermatitis atópica	1	2	A2a <input type="checkbox"/>	1	2	A2b <input type="checkbox"/>	A2c <input type="checkbox"/>
A3. Eccema	1	2	A3a <input type="checkbox"/>	1	2	A3b <input type="checkbox"/>	A3c <input type="checkbox"/>
A4. Rinitis alérgica	1	2	A4a <input type="checkbox"/>	1	2	A4b <input type="checkbox"/>	A4c <input type="checkbox"/>
A5. Otras, especificar	1	2	A5a <input type="checkbox"/>	1	2	A5b <input type="checkbox"/>	A5c <input type="checkbox"/>

F. CONSUMO DE FARMACOS

F1. ¿Ha tomado alguna medicación (de forma esporádica o habitual) desde un mes antes de quedarse embarazada y durante el presente embarazo?.

NOTA: INCLUIR los tratamientos adquiridos en herboristerías y/o automedicación, así como pomadas tales como cremas de corticoides. NO INCLUIR suplementos vitamínicos o minerales.

Nombre del medicamento	Motivo/Enfermedad	Fecha		Frecuencia	Posología	Comentarios	¿Quién se lo prescribió?
		inicio	fin				
Por ejemplo. Efferelgan	Dolor muscular						

V. VACUNAS

V1. ¿Ha recibido alguna vacuna durante el último año y durante el presente embarazo?(viajes internacionales incluidos)

Tipo de Vacuna	Fecha de administración (mes/año)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDNUM

C. COMPLICACIONES PRESENTADAS DESDE EL COMIENZO DEL EMBARAZO

Nota: En caso necesario añadir hojas suplementarias.

C1. ¿Ha presentado algún tipo de problema?	C1.1 ¿Le han atendido en un Centro de Atención Primaria a causa de ese problema?	C1.2. ¿Ha sido atendida en Urgencias o en un Centro Especializado o por un Especialista Privado a causa de ese problema?
1 Fiebre	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No
2 Infección de orina	C1.1a ¿Dónde y quién le atendió?	C1.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a
3 Tensión arterial alta	.....	.....
4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina	C1.1b Fecha:	C1.2b. Fecha:
5 Contracciones	C1.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?	C1.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?
6 Otras, especificar.....	.....	.....
.....	C1.1d ¿Tratamiento recibido?	C1.2d ¿Tratamiento recibido?

	C1.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?	C1.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?
	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No
C2. ¿Ha presentado algún tipo de problema?	C2.1 ¿Le han atendido en un Centro de Atención Primaria a causa de ese problema?	C2.2. ¿Ha sido atendida en Urgencias o en un Centro Especializado o por un Especialista Privado a causa de ese problema?
1 Fiebre	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No
2 Infección de orina	C2.1a ¿Dónde y quién le atendió?	C2.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a
3 Tensión arterial alta	.....	.....
4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina	C2.1b Fecha:	C2.2b. Fecha:
5 Contracciones	C2.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?	C2.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?
6 Otras, especificar .....	.....	.....
.....	C2.1d ¿Tratamiento recibido?	C2.2d ¿Tratamiento recibido?

	C2.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?	C2.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?
	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No
C3. ¿Ha presentado algún tipo de problema?	C3.1 ¿Le han atendido en un Centro de Atención Primaria a causa de ese problema?	C3.2 ¿Ha sido atendida en Urgencias o en un Centro Especializado o por un Especialista Privado a causa de ese problema?
1 Fiebre	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No
2 Infección de orina	C3.1a ¿Dónde y quién le atendió?	C3.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a
3 Tensión arterial alta	.....	.....
4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina	C3.1b Fecha:	C3.2b. Fecha:
5 Contracciones	C3.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?	C3.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?
6 Otras, especificar.....	.....	.....
.....	C3.1d ¿Tratamiento recibido?	C3.2d ¿Tratamiento recibido?

	C3.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?	C3.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?
	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No

← - - - Con formato: Sangría:
Izquierda: 0,08 cm, Sangría
francesa: 0,32 cm, Numerado
+ Nivel: 1 + Estilo de
numeración: 1, 2, 3, ... +
Iniciar en: 1 + Alineación:
Izquierda + Alineación: 0,08
cm + Tabulación después de:
0,72 cm + Sangría: 0,72 cm

← - - - Con formato: Sangría:
Izquierda: 0,08 cm, Sangría
francesa: 0,32 cm, Numerado
+ Nivel: 1 + Estilo de
numeración: 1, 2, 3, ... +
Iniciar en: 1 + Alineación:
Izquierda + Alineación: 0,08
cm + Tabulación después de:
0,72 cm + Sangría: 0,72 cm

IDNUM
FINAL DE LA VISITA DE INCLUSIÓN (VI)

RECOGIDA DE MUESTRAS PARA INMA	
Hora finalización del Cuestionario General y CFA	|_|_| : |_|_|
CFA Nº 1 Realizado	Sí NO
Si NO realizado CFA Nº 1 → Fecha Prevista	|_|_|_|_| |_|_|_|_|
Se le ha realizado el SCREENING de La Fe	SI NO
Muestra Sangre	SI NO
ECO	SI NO
Si no, fecha prevista del SCREENING	|_|_|_|_| |_|_|_|_|
Muestra Sangre	|_|_|_|_| |_|_|_|_|
ECO	|_|_|_|_| |_|_|_|_|
Fecha de la próxima cita del hospital "LA FE" (Semana 20)	|_|_|_|_| |_|_|_|_|
Recogida orina de la semana 12	SI NO
Recogida uña en la semana 12	SI NO
COMPRENSIÓN:	
1. Nivel estimado de comprensión del cuestionario:	1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala
2. ¿Quién responde a las preguntas referidas al marido o compañero?	1. El mismo 2. La mujer 3. Otros.....
COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR	