

### CUESTIONARIO PARA MADRES

IDNUM Participante		Fecha cuestionario Formato DD/MM/AAAA			2 0
--------------------	--	------------------------------------------	--	--	-----

#### ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las siguientes preguntas investigan los antecedentes médicos de la madre del niño/a que participa en el estudio. Si no eres la madre, por favor contesta con informaciones sobre la madre. Si no conoces la respuesta, marca la opción "No sabe/no contesta".

#### 1. En los últimos 12 meses, ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor tu salud?

1.  Muy buena    2.  Buena    3.  Regular    4.  Mala    5.  Muy mala    9.  No sabe/no contesta

#### 2. ¿Tienes alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

1.  Sí    0.  No    9.  No sabe/no contesta

#### 3. ¿Padeces o has padecido alguna vez alguna de las enfermedades o problemas de salud de la siguiente lista?

	¿Alguna vez has padecido? (1) (0) (9)	En caso afirmativo, ¿A qué edad apareció?	¿La has padecido en los últimos 12 meses? (1) (0) (9)	¿Te ha dicho un médico que la padeces? (1) (0) (9)
1. Tensión alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2. Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3. Angina de pecho, enfermedad coronaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
4. Otras enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
5. Varices en las piernas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
6. Artrosis (excluyendo artritis)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
7. Dolor de espalda crónico (cervical)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
8. Dolor de espalda crónico (lumbar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
9. Alergia crónica, como conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
10. Asma (incluida asma alérgica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
11. Eczema (excluyendo dermatitis de contacto o psoriasis)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
12. Rinitis alérgica o rinitis estacional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
13. Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
14. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
15. Úlcera de estómago o duodeno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
16. Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
17. Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
18. Elevación de la glucosa (azúcar) en sangre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
19. Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
20. Problemas crónicos de piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
21. Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
22. Cirrosis, disfunción hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc

23. Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
24. Ansiedad crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
25. Otros problemas mentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
26. Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
27. Migraña o dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
28. Hemorroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
29. Tumores malignos (especificar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
_____				
30. Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
31. Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
32. Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
33. Problemas relacionados con la menopausia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
34. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
35. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
35.1 _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
35.2 _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	_____ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc

**¿Algún FAMILIAR DIRECTO (padres, hermanos, hijos):** Por favor, especifica la edad cuando así se indique. En el caso de que tengas más de un familiar directo con un problema, especifica la edad del más joven. Si no conoces la edad, marca "No sabe/no contesta"

	Sí (1)		No (0)	No sabe/no contesta (9)
	Sexo: Masculino	Femenino		
<b>1. ... ha sufrido un evento cardíaco?</b>				
<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angina de pecho, enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades del corazón. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor, marca todas las respuestas que correspondan				
<b>1.a. Falleció por dicho evento?</b>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. ... ha tenido alguna hemorragia o ictus?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. ... tiene o ha tenido arteriosclerosis en las piernas?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. ... es o ha sido diabético?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5 ... tiene o ha tenido el colesterol elevado?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. ... tiene o ha tenido la tensión arterial alta?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. ...tiene o ha tenido cáncer?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Has acabado el cuestionario, ¡muchas gracias por tu colaboración!**