

9-1-200410-10-2005

CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN AMBIENTAL Y ESTILO DE VIDA  
28-32 SEMANAS DE GESTACION

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Arriba: 1,5 cm, Abajo: 1,5 cm

Con formato: Fuente: 9 pto

CUADERNO DE OBSERVACIÓN DE LA MADRE

MARCO TEMPORAL DE REALIZACIÓN DE CUESTIONARIOS Y RECOGIDA DE DATOS

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

<u>INCLUSION 10-13-SG</u>	<u>CUESTIONARIO GENERAL</u> Historia Laboral Resumida de la Madre Recogida Datos Hª Clínica <u>C. FRECUENCIA ALIMENTARIA 1</u>
<u>VISITA 20-SG</u>	Recogida Datos Hª Clínica
<u>VISITA 28-32-SG</u>	Cambios del Cuestionario General <u>CUESTIONARIO EXPOSICION: LABORAL, AMBIENTAL Y ESTILO DE VIDA</u> <u>C. FRECUENCIA ALIMENTARIA 2</u>
<u>PARTO</u>	Recogida Datos Hª Clínica <u>CUESTIONARIO CONTACTO POSPARTO</u>

CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO OTRAS CASAS DONDE LE CUIDAN (18 MESES)

Con formato: Fuente: 9 pto





[9-1-200410-10-2005](#)

[9-1-200410-10-2005](#)

[9-1-200410-10-2005](#)

**179. ¿Tienen o han tenido animales en la casa?**  
 1    Sí (completar la tabla)  
 2    No → Pasar a pregunta 18.110

179.a. Indicar en el cuadro el n° de animales  
 179.b. Indicar con un número: 0, 1 o 2 aquellos meses en los que tuvo el animal y  
 179.c. Indicar la frecuencia si durmió con él también

Animal	179.a. Nº de animales	197.b Meses de vida del niño que los ha tenido en su casa												197.c Frecuencia noches al mes que durmió con él	
		0 = No tiene animales												de 1 a 7	> 7
		1 = Tiene animales y No duermen con el niño													
2 = Tiene animales y duermen con el niño															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Perros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Gatos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Pájaros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Otros (indicar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Otros (indicar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2

**243. ¿Tiene animales en el domicilio?**  
 1    Sí  
 2    No 12    No Sí  
 21    No Sí  
 9    Ns/N  
 e

RP223a.a. Número de orden | | 23 a. gatos: | | perros: | | pájaros: | | otros: | |  
 (especificar) | |

- Tabla con formato
- Con formato: Numeración y viñetas
- Con formato: Fuente: 9 pto

1 2 3 4

- Con formato: Fuente: 9 pto

**COCINA**

**2910. ¿Tiene extractor encima de la cocina?**  
 1    Sí  
 2    No → Pasar a P12  
 12    No Sí  
 21    No Sí  
 9    Ns/Nc

- Con formato: Fuente: 9 pto

**3110. Al cocinar ¿se usa el extractor?**  
 1    Siempre  
 2    A veces  
 3    Nunca

- Con formato: Fuente: 9 pto

**3112. Tipo de cocina:**  
 1    Gas natural  
 2    Gas butano  
 3    Gas propano  
 4    Eléctrica  
 5    Carbón, madera  
 6    06 Otro:.....

- Con formato: Numeración y viñetas

- Con formato: Izquierda

**CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO**

3013.1. ¿En la casa hay?

3013.2. Si sí tiene, ¿dónde se ubica...? (Nota Instrucciones: En las opciones a y b se refiere al lugar del generador del calor (caldera etc.), mientras que en la c sería el lugar exacto del aparato del que sale el aire)

	3013.1.		3013.2. Ubicación aparato (indicar):.....
	Sí	No	
a. Calefacción central	1	2	
b. Calefacción por aire	1	2	
c. Aire acondicionado	1	2	
d. Bomba de calor	1	2	

32. ¿Tiene calefacción central?

- 1 Sí
- 2 No

- 1 Sí 2 No Sí
- 21 Sí No
- 9 Ns/Nc

3114. Tipo de calefacción: 34. Tipo de calefacción:

	3114.1. Dormitorio del niño 34.1. Salón-comedor		3114.2. Lugar de juegos del niño (Indicar): ..... 34.2. Dormitorio		14.3. Otras salas (Indíquelas): ..... 34.3. Otras salas (Indíquelas):.....	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Gas natural. Gas natural	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No
b. Gas butano (en estufa) b. Gas butano	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No
c. Gas propano c. Gas propano	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No
d. Gasoil. Gas propano d. Gasoil	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No
e. Eléctrica. Eléctrica	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No
f. Chimenea abierta al exterior f. Chimenea abierta al exterior	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No
g. Estufa de carbón o madera g. Estufa de carbón o madera	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No	11 Sí	22 No
h. Otros	1	2	1	2	1	2
h. Aire acondicionado con bomba de calor	Indicar: .....		Indicar: .....		Indicar: .....	

3215.1. ¿Cuál de los siguientes anteriores combustibles se usa para calentar el agua? (indicar letra)

3215.2. Si sí tiene, ¿dónde se ubica...? (Se refiere al lugar de la casa o habitación en la que está instalado el calentador de agua, la caldera etc. Allí dónde se produce la combustión necesaria para calentar el agua. Las posibles respuestas serían el balcón, el baño, la cocina, cuarto trastero exterior a la vivienda, etc).....

3215.3. Y ¿existe ventilación?

	Sí	No	3215.2. Ubicación aparato (indicar):.....	3215.3. Existe ventilación (rejilla, ...etc)	
				Sí	No
a. Gas natural	1	2		1	2
b. Gas butano	1	2		1	2
c. Gas propano	1	2		1	2
d. Caldera de aceite /fuel o gasoil	1	2		1	2
e. Eléctrica	1	2		1	2
f. Calentador de parafina /queroseno	1	2		1	2
g. Carbón o madera	1	2		1	2
h. otros: .....	1	2		1	2

41. a. ¿A qué distancia?

- 1 Lejos (>200metros)
- 2 Medio (100-200m)

Tabla con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Italiano (Italia)

Con formato: Fuente: 9 pto

3 Cerca (50-100m)

4 Muy cerca (<50m)

423. ¿Está su residencia cerca de una zona con alguna actividad industrial?

1 Si

2 No

SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO

12 No Si

21 No Si

9 Ns/Nc

423.a ¿Polígono o zona industrial?. Indicar nombre:.....

¿A qué distancia? | | | | | metros

423.b ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica, papelera?,....)

Indicar tipo de actividad:.....

423.b1 ¿A qué distancia? | | | | | metros

**OBSERVACIONES:**

Empty text box for observations.

Con formato: Fuente: 9 pto

42. ¿Está su residencia próxima a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)?

- 1 Si
- 2 No

42. a. ¿A qué distancia?

- 1 Lejos (>200metros)
- 2 Medio (100-200m)
- 3 Cerca (50-100m)
- 4 Muy cerca (<50m)

43. ¿Está su residencia cerca de una zona con alguna actividad industrial?

- 1 Si
- 2 No

43. a. ¿Polígono o zona industrial? - Indicar nombre: .....

¿A qué distancia? | | | | metros

43. b. ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica?, ...)

Indicar tipo de actividad: .....

43. b1. ¿A qué distancia? | | | | metros

OBSERVACIONES:

Con formato: Fuente: 9 pto









**c. Ambas**

**612. ¿Durante el embarazo, ¿se suele bañar en la piscina?**

- 1  Sí
- 2  No
- 12  No Sí
- 21  No Sí
- 9  Ns/Nc

**612a. ¿con qué frecuencia se baña en la piscina durante el embarazo?**

	Piscina cubierta	Piscina descubierta	Tiempo	
			Minutos	>60 Min horas
1. Nº de veces a la semana				
2. Si menos de una vez a la semana, indicar el Nº de veces al mes				
3. Si menos de una vez al mes, indicar el Nº de veces al año				
4. Nº de veces a la semana				

**623. ¿Toma usted productos BIOLÓGICOS O ECOLÓGICOS U ORGÁNICOS?**

- 1  Sí
- 2  No
- 12  No Sí
- 21  No Sí
- 9  Ns/Nc

**623.a ¿Con qué frecuencia?**

- 1  Nunca o <1mes
- 2  1-3 mes
- 3  1 por semana
- 4  varias veces por semana
- 5  diariamente

**632.a1 ¿Qué porcentaje de su dieta es ecológico?. Responder a los tipos señalados abajo, puntuar del 0 al 100. 0 = no haber comido comida ecológica de ese tipo y 100 = comer solo comida ecológica**

- 1  Frutas y verduras
- 2  Pan
- 3  Carne
- 4  Huevos
- 5  Leche y derivados lácteos
- 6  Arroz y pasta
- 7  Otros, especificar

**634. ¿Utiliza usted recipientes de plástico en el microondas para calentar comida?**

- 1  Sí
- 2  No
- 12  No Sí
- 21  No Sí
- 9  Ns/Nc

**634.a ¿con qué frecuencia?**

- 1  Varias veces a la semana
- 2  Varias veces al mes
- 3  Menos de una vez al mes

62  Con formato: Fuente: 9 pto

62a  Con formato

62a1  Con formato

62a2  Con formato

62a3  Con formato

62a4  Con formato

63  Con formato

63a  Con formato: Fuente: 9 pto

63a1  Con formato: Fuente: 9 pto

63a2  Con formato: Fuente: 9 pto

63a3  Con formato: Fuente: 9 pto

63a4  Con formato

63a5  Con formato

63a6  Con formato

63a7  Con formato

63a8  Con formato

63a9  Con formato

64  Con formato: Fuente: 9 pto

64a  Con formato: Fuente: 9 pto

64a1  Con formato: Fuente: 9 pto

64a2  Con formato

64a3  Con formato

64a4  Con formato





10. ¿Realiza usted habitualmente las tareas domésticas?

No ( )

Sí ( ) ¿Cuánto tiempo dedica a estas tareas?

( ) < 1 hora/día

( ) 1-2 horas/día

( ) 3-4 horas/día

( ) 5-6 horas/día

( ) 7-8 horas/día

( ) > 8 horas/día (en la formulación original >8, puede dar lugar a problemas de interpretación, p.e. donde ubicas 8.5 horas?)

(se podría eliminar una categoría)

¿Le ayuda alguien de la casa en las tareas domésticas?

( ) No ( ) Si, un poco ( ) Si, bastante ( ) Si, mucho

Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s)):

Habría que especificar si se cuentan cocina y comedor

12. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín):

No sabe ( )

En su casa, las siguientes habitaciones son:

Salón-comedor ( ) interior ( ) exterior

Dormitorio ( ) interior ( ) exterior

Cocina ( ) interior ( ) exterior

Otras: (especificar)

( ) interior ( ) exterior

13. Su domicilio se encuentra en una calle en la que el tráfico de vehículos es: ¿Con qué frecuencia pasan coches al lado de su casa?

( ) Muy frecuente continuamente

( ) Bastante frecuente con bastante frecuencia

( ) Poco frecuente poco

( ) Nada frecuente prácticamente nunca

14. ¿Con qué frecuencia pasan por su calle camiones pesados y/o autobuses vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) al lado de su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía) entre semana?

( ) Muy frecuente continuamente

( ) Bastante frecuente con bastante frecuencia

( ) Poco frecuente poco

( ) Nada frecuente prácticamente nunca

15. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico es muy frecuente: [ ] metros

Si en la anterior ha contestado que la distancia es menor de 50 metros, ¿Su piso/casa tiene al menos una ventana que de a una calle con tráfico muy frecuente?

(será difícil para la gente calcular en metros? A mí me resulta difícil...)

¿Hasta que punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta?

[ ]

16. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa?

( ) Mucho ( ) Bastante ( ) Poco ( ) Nada

17. ¿En que medida le molesta el nivel de ruido que tiene habitualmente en su casa? ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta?

[ ]

( ) Mucho ( ) Poco ( ) Nada

18. De las siguientes ¿Cuál de las siguientes fuentes de ruido, señale las que son habituales en su casa?

Sí No

Niños en la casa ( ) ( )

Tráfico en la calle ( ) ( )

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Vecinos \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
 Bares, pubs, discotecas ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
 Otras (especificar).....  
 Ninguna \_\_\_\_\_ ( )  
 Ninguna \_\_\_\_\_ ( )

19. ¿Ha realizado obras en su domicilio en los últimos seis meses? \_\_\_\_\_  
 No ( ) — Sí ( )

20. ¿Tiene animales en el domicilio?  
 No ( ) —

Sí ( )  gatos;  perros;  pájaros;  otros;  (especificar)

21. Su vivienda ¿Tiene?:

	Salón-comedor		Dormitorio		Otras salas (Indique cual(es):.....)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Cortinas	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Manchas de humedad	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Doble cristal	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Muñecos de peluche	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Moqueta	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Alfombras	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Otro tipo de suelo (que no sea gres/baldosa?)	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	¿Cuál?.....		¿Cuál?.....		¿Cuál?.....	

DORMITORIO

22. ¿Cuántas personas duermen en su misma habitación (usted incluida)?

¿Que tipo de colchón utiliza?

Lana ( ) ~~\_\_\_\_\_~~ Espuma ( ) ~~\_\_\_\_\_~~ Muelles ( ) ~~\_\_\_\_\_~~ Plumas Latex ( ) ~~\_\_\_\_\_~~ otros ( ) ~~\_\_\_\_\_~~ No sabe ( ) ~~\_\_\_\_\_~~

24. ¿Cuántos años tiene su colchón?  años  
 No sabe ( ) ~~\_\_\_\_\_~~

25. ¿Duermes algún animal en su habitación?  
 No ( ) —

Sí ( ) — ¿Cuál?.....

COCINA

26. ¿Tiene extractor encima de la cocina? \_\_\_\_\_  
 No ( ) —  
 Sí ( ) —

27. Al cocinar ¿usa el extractor? \_\_\_\_\_  
 ( ) Siempre  
 ( ) A veces  
 ( ) Nunca

28. Tipo de cocina:

( ) Gas natural  
 ( ) Gas butano  
 ( ) Eléctrica  
 ( ) Carbón, madera  
 ( ) Otro:.....

CALEFACCIÓN AIRE ACONDICIONADO

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

29. ¿Tiene calefacción central? \_\_\_\_\_  
 No ( ) Sí ( )

30. ¿Tiene aire acondicionado? \_\_\_\_\_  
 No ( ) Sí ( )

31. Tipo de calefacción:

	Salón-comedor		Dormitorio		Otras salas (Indique cual(es):.....)	
	Si	No	Si	No	Si	No
Gas natural (¿?)						
Gas butano						
Gas propano						
Eléctrica						
Chimenea abierta al exterior						
Estufa de carbón o madera						

**LIMPIEZA**

32. ¿Utiliza alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa?

Lejía	SI	NO	No sabe
Ameniáceo			
Disolventes quitamanchas			
Sprays Spray para limpiar muebles			
Sprays Spray limpiacristales			
Sprays Spray para alfombras, mantas o cortinas			
Sprays Spray para pasa la mopa al suelo			
Sprays Spray para el horno			
Sprays ambientadores			
Sprays Spray para planchar			
Productos de limpieza perfumados			
Productos líquidos multiusos para limpiar			
Naftalina u otros antipollas			
Otros productos de limpieza			
¿Cuál?.....			

*\*Revisar por si se puede reducir*

33. ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza en su casa? (limpieza que incluye suelo, polvo...)  
 ( ) Más de una vez a la semana  
 ( ) Una vez a la semana  
 ( ) Menos de una vez a la semana

34. ¿Tiene aspirador? \_\_\_\_\_  
 No ( )  
 Sí ( ) ¿Con que frecuencia se pasa el aspirador en su casa?  
 ( ) Más de una vez a la semana  
 ( ) Una vez a la semana  
 ( ) Menos de una vez a la semana

35. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?  
 Verano: nada ( ) <30 min ( ) 30min-2h ( ) >2h ( )  horas  minutos  
 Invierno: nada ( ) <30 min ( ) 30min-2h ( ) >2h ( )  horas  minutos

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

EXTERIOR

Su casa, ¿tiene jardín o corral con plantas?

No (-)

Sí ( ) ¿Qué superficie tiene?.....m²

¿Realiza tratamiento con plaguicidas?

No (-)

Sí ( ) ¿Con qué frecuencia?

( ) todos los meses <1 semana

( ) cada 2-3 meses 1-4 veces a la semana

( ) 2-3 veces al año 2-5 veces al mes

( ) >6 veces al mes ocasionalmente

¿Guarda productos fitosanitarios en la casa?

No (-)

Sí ( ) ¿Dónde los guarda?

( ) garaje/trastero

( ) exterior

( ) otro:.....

36. ¿Está su residencia cerca de un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?

No (-)

Sí ( ) ¿A qué distancia?.....metros

( ) lejos (>200metros)

( ) Medio (100-200m)

( ) Cerca (50-100m)

( ) muy cerca (<50m)

Con formato: Numeración y viñetas

37. ¿Está su residencia próxima a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)?

No (-)

Sí ( ) ¿A qué distancia?.....metros

( ) lejos (>200metros)

( ) Medio (100-200m)

( ) Cerca (50-100m)

( ) muy cerca (<50m)

Con formato: Numeración y viñetas

38. ¿Está su residencia cerca de una zona con alguna actividad industrial?

No (-)

Sí ( ) ¿Polígono o zona industrial? ( ) Indicar nombre:.....

¿A qué distancia?.....metros

¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica papelera?,...). ( ) Indicar tipo:.....

¿A qué distancia?.....metros

Con formato: Numeración y viñetas

TABACO

¿Ha fumado a lo largo de su vida?

No (-)

Sí ( ) ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco?

( ) fuma diariamente

( ) fuma pero no diariamente

( ) no fuma aunque antes fumaba diariamente

( ) no fuma aunque antes fumaba pero no diariamente

39. ¿Fuma en la actualidad?

No (-)

Sí ( ) Número de cigarrillos al día:.....cig/día

¿A qué edad empezó a fumar?.....años

¿Ha cambiado el consumo de tabaco debido al embarazo?

No (-)

Sí ( ) ¿Cuándo cambió?

( ) Antes de quedar embarazada

( ) Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar: ( )

¿Cuánto fumaba antes de estar embarazada?.....cig/día

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

¿Dejó de fumar por el embarazo?—  
No (—)

Sí (—) ¿Cuándo dejó de fumar? .....  
(—) Antes de quedar embarazada  
(—) Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar: (—)  
¿Cuánto fumaba habitualmente? ..... cig/día

41. ¿Fuma alguién alguien en casa delante de la embarazada? (no contar si se sale al balcón o terraza )?:

	Pareja	Otro (1). Parentesco:.....	Otro (2). Parentesco:.....
¿Cuántos cigarrillos en total?			
¿Cuántos cigarrillos en casa			

42. ¿A qué nivel de humo de tabaco está expuesta en su trabajo?  
(—) Mucho  
(—) Bastante  
(—) Poco  
(—) Nada  
(—) No trabaja

43. ¿Realiza comidas fuera de casa en lugares en los que se fume?—

No (—)  
Sí (—) ¿Desayuna/almuerza alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?  
No (—)  
Sí (—) ¿Cuántas veces por semana? ..... <1 (—) 1 ..... (—) 2-3 (—) >3 más de 3  
¿Come alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?  
No (—)  
Sí (—) ¿Cuántas veces por semana? ..... (—) <1 (—) 2-3 (—) >3  
<1 (—) 1 ..... (—) 2-3 (—) más de 3  
¿Cena alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?  
No (—)  
Sí (—) ¿Cuántas veces por semana? ..... (—) <1 (—) 2-3 (—) >3  
<1 (—) 1 ..... (—) 2-3 (—) más de 3  
¿Acude alguna vez a lugares de ocio (bar, pub, discoteca...)?  
No (—)  
Sí (—) ¿Cuántas veces por semana? ..... (—) <1 (—) 2-3 (—) >3  
<1 (—) 1 ..... (—) 2-3 (—) más de 3

ESTILOS DE VIDA

45. ¿Ha usado algún cosmético durante su embarazo (la pregunta no incluye maquillaje)?  
No (—) (pase a pregunta 427)  
Sí (—)

46. Si es Sí, ¿Qué tipo de cosmético ha usado? Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s)

- (—) crema
- (—) loción
- (—) ungüento
- (—) aceite
- (—) polvos
- (—) otros.....

47. Si es Sí, ¿por qué parte del cuerpo usa los cosméticos? Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s)

- (—) Todo el cuerpo
- (—) Brazos y/o piernas
- (—) parte superior del cuerpo
- (—) Parte inferior del cuerpo
- (—) solo barriga
- (—) Varios.....

48. Si es Sí, ¿Con qué frecuencia usa los cosméticos?  
(—) Diariamente  
(—) Más de una vez a la semana

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas



54. ¿Cuál es su forma habitual de desplazamiento para acudir al trabajo/lugar de estudios etc...? En invierno, cuando acude al trabajo/colegio/universidad, ¿Cuánto tiempo (en minutos) invierte de media en llegar? (sólo la ida) (contemple todo lo que emplee en un día)

(preguntar antes forma habitual de desplazamiento?)

- Caminando o en bicicleta..... minutos
- En motocicleta o ciclomotor..... minutos
- En coche o taxi..... minutos
- En autobús o tranvía..... minutos
- En tranvía..... minutos
- En tren o metro..... minutos

Respecto a la pregunta anterior, ¿ha cambiado algo desde que se quedó embarazada?

No ( )

Si ( ) Indique cual es ahora su forma habitual de desplazamiento y tiempo empleado

- Caminando o en bicicleta..... minutos
- En motocicleta o ciclomotor..... minutos
- En coche o taxi..... minutos
- En autobús o tranvía..... minutos
- En tren o metro..... minutos

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

☛ CUESTIONARIO 2 DE VIVIENDA