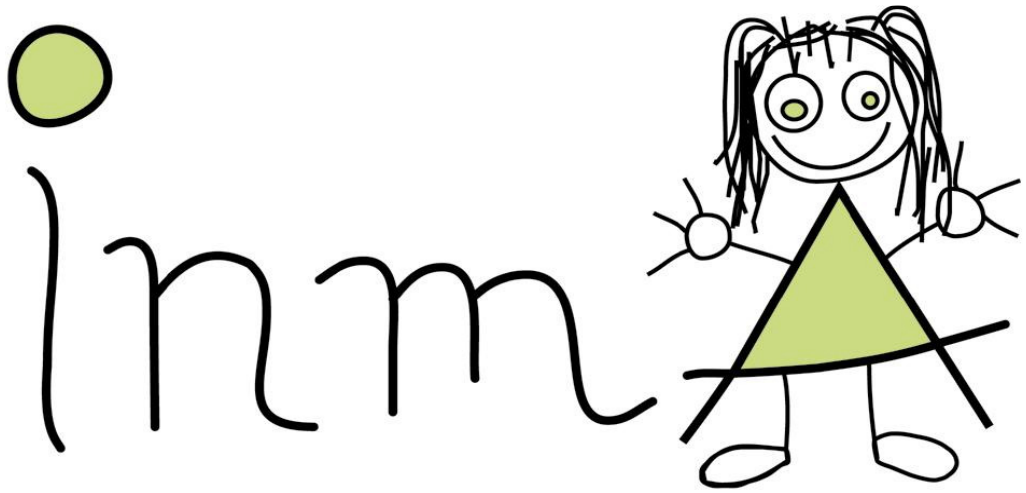
Pegar aquí etiqueta de identificación



Infancia y Medio Ambiente

CENTROS PARTICIPANTES

Hospital Universitario "La Fe"
Avda. Campanar, nº 1 — Tel: 96 386 27 00 ext. 50915
46009 Valencia — Fax: 96 197 30 89

Alfredo Marco — Tel: 96 386 27 86
Juan Antonio Ortega — Tel: 96 386 27 00 ext. 40016
Marina Lacasaña — Tel: 96 386 62 05
Josep Ferris — Tel: 96 386 27 00 ext. 62789

Universidad Miguel Hernández
Carretera Alicante-Valencia, km. 8,7 — Tel: 96 591 93 32
San Juan de Alicante
03550 Alicante

Marisa Rebagliato — Tel: 96 364 22 27 / 639 14 84 09
Jesús Vioque — Tel: 96 591 95 17
Francisco Bolúmar — Tel: 96 591 95 10
Rosa Ramón — Tel: 654 23 42 66
Amparo Quiles — Tel: 616 22 73 43
Elena Romero — Tel: 654 60 95 56
Sandra Pérez — Tel: 677 35 44 01

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES)
C/ Juan de Garay, nº 21 — Tel: 96 386 93 69
46017 Valencia — Fax: 96 386 93 70

Ferran Ballester — Tel: 96 386 93 61
Ana Esplugues — Tel: 96 386 62 05
Mª Paz Rodríguez — Tel: 96 386 93 76
Carmen Iñiguez — Tel: 96 386 93 76
Santiago Pérez — Tel: 96 386 93 73

Ana Mª García — Tel: 96 382 81 37
(Universidad de Valencia)

Momento de aplicación:

VISITA DE INCLUSIÓN (10-13 SG)	**Cuestionario General de la Madre** **C. Frecuencia Alimentos nº 1**
VISITA 28-32 SG	**Cambios del Cuestionario General** **C. Frecuencia Alimentos nº 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 MÉDICOS
- MF. ENFERMEDADES FAMILIARES
- MC. ENFERMEDADES CRÓNICAS MADRE
- MM. HISTORIA MÉDICA

A. ANTECEDENTES ALÉRGICOS
- F. CONSUMO DE FÁRMACOS
- V. VACUNAS
- C. COMPLICACIONES
- F. FINAL DE LA VISITA DE INCLUSIÓN (VI)

Cuestionario Frecuencia Alimentos (CFA) de la madre

GRUPOS DE ALIMENTOS
- I. LÁCTEOS
- II. HUEVOS, CARNES, PESCADOS
- III. VERDURAS, LEGUMBRES
- IV. FRUTAS
- V. PAN, CEREALES Y SIMILARES
- VI. ACEITES, GRASAS Y DULCES
- VII. BEBIDAS Y MISCELÁNEAS

SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES
HÁBITOS DIETÉTICOS
ACTIVIDAD FÍSICA

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
- COSMÉTICOS Y OTROS
- USO Y CONSUMO DE AGUA

TIEMPO-ACTIVIDAD Y DESPLAZAMIENTO
PERCEPCIONES SOBRE MEDIO AMBIENTE

CUESTIONARIO GENERAL: VISITA DE INCLUSIÓN (V_1)

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 CLÍNICA 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:	

IDNUM

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 *(Indicar parentesco)*	
NOMBRE ENTREVISTADOR	

S. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

S1. Lugar de nacimiento (municipio) | ***S2. Provincia/Región*** | ***S3. País***

S1 |_|_|_| S2 |_|_| S3 |_|_|

S4. Grupo étnico: *(No realizar esta pregunta, contestar por observación y en caso de duda verificarlo)*

1 Blanco
2 Asiático
3 Negro
4 Árabe (incluidos Norte de África y Oriente Medio)
5 Gitano
6 Nativo americano
7 Otros, especificar .....
9 Ns/Nc

S4 |_|

S5. ¿Cuántos años lleva viviendo en su municipio actual? Nº años |_|_| **Nº meses** |_|_|
S5a S5b

S5a |_|_| S5b |_|_|

S6. ¿Desde cuando vive en su casa actual? *(mes, año)* |_|_| |_|_|_|_|

S6 |_|_| |_|_|_|_|

S7. Si menos de 10 años, rellenar el cuadro siguiente *(hacia atrás empezando por el último domicilio hasta cubrir un máximo de 10 años)*

Calle, nº	Municipio/ Provincia/País	Desde (mes, año)	Hasta *(mes, año)*
		|_|_| |_|_|_|_|	|_|_| |_|_|_|_|
		|_|_| |_|_|_|_|	|_|_| |_|_|_|_|
		|_|_| |_|_|_|_|	|_|_| |_|_|_|_|
		|_|_| |_|_|_|_|	|_|_| |_|_|_|_|
		|_|_| |_|_|_|_|	|_|_| |_|_|_|_|
		|_|_| |_|_|_|_|	|_|_| |_|_|_|_|
		|_|_| |_|_|_|_|	|_|_| |_|_|_|_|

S8. ¿En qué zona del municipio vive usted?

1 Casco urbano o barrio periférico
2 Urbanización
3 Campo
9 Ns/Nc

S8 |_|

S9. ¿Cuál es su estado civil?

1 Casada o pareja estable
2 Soltera
3 Separada o divorciada
4 Viuda
5 Otros, especificar .....
9 Ns/Nc

S9 |_|

S10. ¿Cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vive usted? S10 |__|

1 Vive con el padre del bebé que espera
2 Vive con otra pareja
3 Vive con sus padres
4 Vive sola
5 Otros, especificar .....

S11. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado? *(no leer las opciones)* S11 |__|

1 No sabe leer ni escribir
2 Sin estudios o estudios primarios incompletos
3 Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
4 Estudios secundarios (BUP, COU, FP)
5 Estudios universitarios
6 Otros (especificar).....

L. HISTORIA LABORAL DE LA MADRE

L1. ¿Cuál es su situación laboral actual? L1 |__|

1 Trabajadora
2 Parada
3 Estudiante
4 Baja laboral Por:.....
5 Ama de casa
6 Otras (especificar):.....

SI LA RESPUESTA ES **1** ó **4** PASAR A LA PREGUNTA **L3**

L2. *(Sólo si no está trabajando actualmente)* **¿Ha trabajado alguna vez durante los últimos 10 años?** L2 |__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **NO** o **Ns/Nc** PASAR A LA PREGUNTA **P1**

L3. En relación con su trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados 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				

P. DATOS SOBRE EL PADRE

P1. ¿Qué edad tiene el padre?. Fecha de nacimiento |__|__| |__|__| |__|__|__|__| P1 |__|__|__|__|__|__|
o años |__|__| P1a |__|__|

P2. ¿Cuál es su lugar de nacimiento?:

P2a. Municipio	**P2b. Provincia/Región**	**P2c. País**
.....	.....	.....

P2a |__|__|__| P2b |__|__| P2c |__|__|

P3. ¿A qué grupo étnico pertenece? *(raza de su pareja)* P3 |__|

1 Blanco
2 Asiático
3 Negro
4 Árabe (incluidos Norte de África y Oriente Medio)
5 Gitano
6 Nativo americano
7 Otros, especificar .....
9 Ns/Nc

P4. ¿Cuál es la talla del padre aproximada? |__|__|__| **cm** P4 |__|__|__|

P5. ¿Cuál es el peso del padre aproximado? |__|__|__| **Kg** P5 |__|__|__|

P6. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado el padre? *(no leer las opciones)* P6 |__|

1 No sabe leer ni escribir
2 Sin estudios o estudios primarios incompletos
3 Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
4 Estudios secundarios (BUP, COU, FP)
5 Estudios universitarios
6 Otros (especificar).....

PL. HISTORIA LABORAL DEL PADRE

PL1. ¿Cuál es la situación laboral actual del padre? PL1 |__|

1 Trabajador
2 Parado
3 Estudiante
4 Baja laboral Por:.....
5 Pensionista Por:.....
6 Otras(especificar) :.....
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **1** ó **4** PASAR A LA PREGUNTA **PL3**

PL2. *(Sólo si no está trabajando actualmente)* **¿Ha trabajado el padre alguna vez durante los últimos 10 años?** PL2 |__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **NO** o **Ns/Nc** PASAR A A LA PREGUNTA **PC1**

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				

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	|__|__|	|__|__|

PC1ae |__|__| PC1af |__|__|
PC1be |__|__| PC1bf |__|__|
PC1ce |__|__| PC1cf |__|__|
PC1de |__|__| PC1df |__|__|

IDNUM

R. HISTORIA REPRODUCTIVA

RP. HISTORIA OBSTÉTRICA PREVIA

RP1. ¿Cuántos embarazos en total, aparte 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											RP3a |__|__|
b.Hipertensión en el embarazo											RP3b |__|__|
c.Preeclampsia											RP3c |__|__|
d.Eclampsia											RP3d |__|__|
e. Diabetes gestacional											RP3e |__|__|
f. Incompetencia cervical											RP3f |__|__|
g. Otras, especificar											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) Sí 2) No	RE.10 ¿Vive en la actualidad? 1) Sí 2) No
1	RE1.1 __	RE2.1 _____	RE3.1 __	RE4.1 __	RE5.1 ____	RE6.1 __	RE7.1 __	RE8.1 __	RE9.1 __	RE10.1 __
2	RE1.2 __	RE2.2 _____	RE3.2 __	RE4.2 __	RE5.2 ____	RE6.2 __	RE7.2 __	RE8.2 __	RE9.2 __	RE10.2 __
3	RE1.3 __	RE2.3 _____	RE3.3 __	RE4.3 __	RE5.3 ____	RE6.3 __	RE7.3 __	RE8.3 __	RE9.3 __	RE10.3 __
4	RE1.4 __	RE2.4 _____	RE3.4 __	RE4.4 __	RE5.4 ____	RE6.4 __	RE7.4 __	RE8.4 __	RE9.4 __	RE10.4 __
5	RE1.5 __	RE2.5 _____	RE3.5 __	RE4.5 __	RE5.5 ____	RE6.5 __	RE7.5 __	RE8.5 __	RE9.5 __	RE10.5 __
6	RE1.6 __	RE2.6 _____	RE3.6 __	RE4.6 __	RE5.6 ____	RE6.6 __	RE7.6 __	RE8.6 __	RE9.6 __	RE10.6 __
7	RE1.7 __	RE2.7 _____	RE3.7 __	RE4.7 __	RE5.7 ____	RE6.7 __	RE7.7 __	RE8.7 __	RE9.7 __	RE10.7 __
8	RE1.8 __	RE2.8 _____	RE3.8 __	RE4.8 __	RE5.8 ____	RE6.8 __	RE7.8 __	RE8.8 __	RE9.8 __	RE10.8 __
9	RE1.9 __	RE2.9 _____	RE3.9 __	RE4.9 __	RE5.9 ____	RE6.9 __	RE7.9 __	RE8.9 __	RE9.9 __	RE10.9 __
10	RE1.10 __	RE2.10 _____	RE3.10 __	RE4.10 __	RE5.10 ____	RE6.10 __	RE7.10 __	RE8.10 __	RE9.10 __	RE10.10 __

RE11. Si ha contestado "Sí" en alguna malformación del niño/a, especificar el tipo de malformación *(si más de un niño, marcar nº 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 nº de embarazo y especificar)*
Edad (*en días, meses o años)* **RE12a**_____**, causa de la muerte RE12b**_____

(USE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

IDNUM

RAC. ANTICONCEPTIVOS

RAC1. ¿Ha utilizado alguna vez el DIU como anticonceptivo? RAC1 |__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

RAC1a. Si el DIU era hormonal, por favor indique durante cuánto tiempo *(calcular el tiempo para cada periodo en el que lo utilizó, si ha habido interrupciones, y después sumar el total de meses y/o años)*: RAC1a |__|

1 < 1 año
2 1-2 años
3 3-5 años
4 > 5 años
9 Ns/Nc

RAC2. ¿Ha utilizado alguna vez anticonceptivos orales, inyecciones o implantes? RAC 2 |__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

RAC2a. ¿Durante cuánto tiempo los ha utilizado? *(calcular el tiempo para cada periodo en el que los utilizó, si ha habido interrupciones, y después sumar el total de meses y/o años)* RAC2a |__|

1 < 1 año
2 1-2 años
3 3-5 años
4 6-10 años
5 11-15 años
6 >15 años
9 Ns/Nc

RAC3. ¿Ha utilizado usted algún método anticonceptivo antes de este embarazo? RAC3 |__|

1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **RA1**

RAC3a. ¿Me podría decir cuál? *(el último utilizado)*

	Sí	No	Ns/Nc	
1. Dispositivo, DIU	1	2	9	RAC3a1
2. Inyecciones	1	2	9	RAC3a2
3. Anticonceptivos orales	1	2	9	RAC3a3
4. Óvulos	1	2	9	RAC3a4
5. Esponja con espermicida	1	2	9	RAC3a5
6. Diafragma	1	2	9	RAC3a6
7. Preservativo o condón	1	2	9	RAC3a7
8. Retiro o coito interrumpido	1	2	9	RAC3a8
9. Otros, especificar:	1	2	9	RAC3a9

RAC3b. ¿Cuándo dejó de usar ese método anticonceptivo?. RAC3b |__|__|__|__| |__|__|__|__|

Fecha: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Día Mes Año

RAC3c. ¿Lo dejó de usar para quedarse embarazada? RAC3c |__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **SI** PASAR A LA PREGUNTA **RA3**

RA. EMBARAZO ACTUAL

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

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

RA2. ¿En qué fecha empezó a intentar quedarse embarazada? RA2 |__|__| |__|__|__|__|
(mes, año): |__|__| |__|__|__|__|

RA3. ¿Cuántas visitas prenatales ha realizado en el Centro de Atención Primaria *(CAP)* **antes de esta primera visita al hospital? Nº** |__|__| RA3 |__|__|

RA4. ¿Cuántas visitas prenatales ha realizado en la consulta de un ginecólogo privado antes de esta primera visita al hospital? Nº |__|__| RA4 |__|__|

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

RA6. ¿Aproximadamente cuál era su peso antes de su actual embarazo?: RA6 |__|__|__|
|__|__|__| **Kg**

RA7. Talla en cm (*medirla*)**:** |__|__|__| **cm** RA7 |__|__|__|

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

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

RA8a. ¿En qué mes del embarazo empezó? |__| RA8a |__|

RA8b. ¿Por cuánto tiempo? *(en semanas)* |__|__| RA8b |__|__|

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

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

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

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

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? RA10 |__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

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

M. ANTECEDENTES MÉDICOS

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		MF1b.1
	MF1a.2		MF1b.2
	MF1a.3		MF1b.3
	MF1a.4		MF1b.4
	MF1a.5		MF1b.5

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	__
b) De abortos repetidos	1	2	9	MF2.b	__
c) De esterilidad (sin hijos)	1	2	9	MF2.c	__

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

MF3. Especificar tipo de problema		MF4. Familiar afectado	
	MF3.1		MF4.1
	MF3.2		MF4.2
	MF3.3		MF4.3
	MF3.4		MF4.4
	MF3.5		MF4.5

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	__
b) Malformaciones congénitas	1	2	9	MF5.b	__
c) Enfermedades graves	1	2	9	MF5.c	__

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

MF6. Especificar tipo de problema		MF7. Familiar Afectado	
	MF6.1		MF7.1
	MF6.2		MF7.2
	MF6.3		MF7.3
	MF6.4		MF7.4

MC. ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA MADRE

MC1. ¿Algún médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedades	Sí	No	Edad al diagnóstico		
a. Diabetes (sin relación con los embarazos)	1	2		MC1a __	MC2a ___
b. Enfermedades cardiacas	1	2		MC1b __	MC2b ___
c. Alteraciones de la coagulación sanguínea	1	2		MC1c __	MC2c ___
d. Enfermedades renales y suprarrenales	1	2		MC1d __	MC2d ___
e. Alteraciones de la glándula tiroides	1	2		MC1e __	MC2e ___
f. Tuberculosis	1	2		MC1f __	MC2f ___
g. Infección por VIH	1	2		MC1g __	MC2g ___
h. Ansiedad	1	2		MC1h __	MC2h ___
i. Depresión	1	2		MC1i __	MC2i ___
j. Afección del tracto urinario	1	2		MC1j __	MC2j ___
k. Enfermedad intestinal inflamatoria crónica	1	2		MC1k __	MC2k ___
l. Tumores del aparato reproductor	1	2		MC1l __	MC2l ___
m. Otras, especificar:	1	2		MC1m __	MC2m ___

MM. HISTORIA MÉDICA

MM1. ¿Le han realizado radiografías *(rayos X)* **en los últimos 10 años?** MM1 __

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **No** o **Ns/Nc** PASAR A LA PREGUNTA **MM1b**

MM1a. ¿Cuántas radiografías le han realizado, cuándo, en qué parte del cuerpo y por qué en los últimos 10 años?

Nº radiografías	Año	Parte del cuerpo	Motivo

MM1b. ¿Le realizaron radiografías antes de los 18 años? MM1b __

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

IDNUM

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, cuándo, en qué parte del cuerpo y por qué 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 |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

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

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

MM7 |__|

MM7a. Indique la fecha |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

MM7a |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

A. ANTECEDENTES ALÉRGICOS

	Madre			Padre			Hijos	
	Sí	No		Sí	No		¿En cuántos hijos?	
A1. Asma alérgico	1	2	A1a |__|	1	2	A1b |__|		A1c |__|__|
A2. Dermatitis atópica	1	2	A2a |__|	1	2	A2b |__|		A2c |__|__|
A3. Eccema	1	2	A3a |__|	1	2	A3b |__|		A3c |__|__|
A4. Rinitis alérgica	1	2	A4a |__|	1	2	A4b |__|		A4c |__|__|
A5. Otras, especificar	1	2	A5a |__|	1	2	A5b |__|		A5c |__|__|

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		Enfermedad		Indique el mes en que lo tomó					Dosificación/posología	¿Quién se lo prescribió?	
				-1	+1	+2	+3				
Por ejemplo. Efferelgan		*Dolor muscular*				X		|__|		*Médico*	|__|
								|__|			|__|
								|__|			|__|
								|__|			|__|
								|__|			|__|
								|__|			|__|
								|__|			|__|
								|__|			|__|
								|__|			|__|

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)**	
			|__|__| |__|__|__|__|
			|__|__| |__|__|__|__|
			|__|__| |__|__|__|__|
			|__|__| |__|__|__|__|
			|__|__| |__|__|__|__|
			|__|__| |__|__|__|__|

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 2 Infección de orina 3 Tensión arterial alta 4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina 5 Contracciones 6 Otras, especificar	1 Sí 2 No **C1.1a ¿Dónde y quién le atendió?**..... ..... **C1.1b Fecha:**..... **C1.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C1.1d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C1.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?** 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No **C1.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a** .... **C1.2b. Fecha:** ..... **C1.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C1.2d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C1.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?** 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 2 Infección de orina 3 Tensión arterial alta 4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina 5 Contracciones 6 Otras, especificar	1 Sí 2 No **C2.1a ¿Dónde y quién le atendió?**..... ..... **C2.1b Fecha:**..... **C2.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C2.1d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C2.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?** 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No **C2.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a** .... **C2.2b. Fecha:** ..... **C2.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C2.2d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C2.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?** 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 2 Infección de orina 3 Tensión arterial alta 4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina 5 Contracciones 6 Otras, especificar.....	1 Sí 2 No **C3.1a ¿Dónde y quién le atendió?**..... ..... **C3.1b Fecha:**..... **C3.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C3.1d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C3.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?** 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No **C3.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a** .... **C3.2b. Fecha:** ..... **C3.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C3.2d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C3.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?** 1 Sí 2 No

IDNUM

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA Nº 1

Estimada Sra., esta parte de la encuesta es para conocer la dieta que ha seguido en los últimos meses desde que está embarazada. Con ello tratamos de averiguar el papel que puede jugar la dieta en relación al desarrollo de su embarazo y de su futuro hijo. Sus respuestas serán muy útiles, y por ello le rogamos preste su máxima atención y colaboración. Cuando un alimento no se adapte plenamente a su consumo habitual, trate de aproximar su respuesta a las cantidades indicadas, con la ayuda de los ejemplos e indicaciones que se le den.

Para cada alimento, señalar cuantas veces como media ha tomado la cantidad que se indica durante los tres últimos meses. Debe tener en cuenta las veces que toma el alimento solo y cuando lo añade a otro alimento o plato. Por ejemplo, en el caso del huevo, considere cuando lo toma solo (Ej. frito o cocido) y cuando lo toma añadido o mezclado con otros platos. Si en estos tres meses ha venido comiendo una tortilla de 2 huevos cada 2 días, deberá marcar "1 por día". No debe considerar el huevo que va con los productos de bollería o dulces.

I. LÁCTEOS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
1. Leche entera (1 vaso o taza, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
2. Leche semi-desnatada (1 vaso, 200cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3. Leche desnatada (1 vaso, 200cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
4. Leche condensada (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
5. Nata o crema de leche (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
6. Yogur entero (uno, 125 gramos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
7. Yogur desnatado (uno, 125 gramos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
8. Requesón, queso blanco o fresco (una porción o ración, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
9. Queso curado, semi-curado, o cremoso (un trozo, 50 gramos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
10. Natillas, flan, puding (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
11. Helados (1 cucurucho, vasito o bola)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

II. HUEVOS, CARNES, PESCADOS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
12. Huevos de gallina (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
13. Pollo CON piel (1 plato mediano o pieza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
14. Pollo SIN piel (1 plato mediano o pieza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
15. Carne de ternera, cerdo, cordero como plato principal (1 plato mediano o pieza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
16. Carne de caza: conejo, codorniz, pato (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
17. Hígado de ternera, cerdo, pollo (1 plato, ración o pieza mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
18. Vísceras: callos, sesos, mollejas (1 ración, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
19. Embutidos: jamón, salchichón, salami, mortadela, (1 ración de unos 50 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
20. Salchichas y similares (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
21. Patés, foie-gras (media ración, 50 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
22. Hamburguesa (una mediana, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
23. Tocino, beicon, panceta (2 tiras o lonchas, 50 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
24. Pescado frito variado (1 plato mediano o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
25. Pescado hervido o plancha BLANCO: merluza, lenguado, dorada (1 plato o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
26. Pescado hervido o plancha AZUL: atún, emperador, bonito, (plato o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
27. Otros pescados azules: caballa, sardinas, boquerón/anchoas, salmón	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
28. Una lata pequeña de conserva de atún o bonito en aceite	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
29. Una lata pequeña de conserva de sardinas o caballa en aceite	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
30. Pescados en salazón y/o ahumados: anchoas, bacalao, salmón (media ración, 50g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
31. Almejas, mejillones, ostras (1 ración, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
32. Calamares, chipirones, sepia, choco, pulpo (1 ración o plato, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
33. Marisco: gambas, cangrejo, langostino, langosta (1 ración 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

No olvidar marcar todas las casillas

IDNUM

III. VERDURAS, LEGUMBRES.	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
34. Espinacas o acelgas cocinadas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
35. Col, coliflor, brócolis cocinadas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
36. Lechuga, endibias, escarola (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
37. Tomate (uno mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
38. Cebolla (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
39. Zanahoria, calabaza (una o plato pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
40. Judías verdes cocinadas (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
41. Berenjenas, calabacines, pepinos (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
42. Pimientos (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
43. Alcachofas (una ración o plato mediano, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
44. Espárragos (una ración o plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
45. Maíz hervido (plato o lata pequeña, 82 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
46. Legumbres: lentejas, garbanzos, judías pintas o blancas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
IV. FRUTAS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
47. Naranjas, mandarinas (Una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
48. Zumo de naranja natural (un vaso pequeño, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
49. Plátano (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
50. Manzana, pera (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
51. Melocotón, nectarina, albaricoque (uno mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
52. Sandía, melón (1 tajada o cala, mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
53. Uvas (un racimo mediano o plato de postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
54. Prunas, ciruelas frescas/secas (una, 37 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
55. Kiwi (una unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
56. Aceitunas (un platito o tapa de unas 15 unidades pequeñas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
57. Frutos secos: almendras, cacahuetes, piñones, avellanas (1 platito o bolsita, 30g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
V. PAN, CEREALES Y SIMILARES	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
58. Pan blanco (Una pieza pequeña o 3 rodajas de pan de molde, 60 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
59. Pan integral (Pieza pequeña o 3 rodajas de pan de molde)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
60. Cereales desayuno (30 g en seco)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
61. Patatas fritas (1 ración o plato, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
62. Patatas cocidas, asadas (1 patata mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
63. Bolsa de patatas fritas (1 bolsa pequeña, 25-30 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
64. Arroz cocinado (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
65. Pastas: espaguetis, fideos, macarrones y similares (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
66. Pizza (1 porción o ración, 200 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
VI. ACEITES, GRASAS Y DULCES	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
67. Aceite de oliva añadido en la mesa a ensalada, pan y a platos (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
68. Otros aceites vegetales (ídem): girasol, maíz, soja (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
69. Margarina añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
70. Mantequilla añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
71. Galletas tipo María (1 galleta)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
72. Galletas con chocolate (1 galleta doble)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
73. Bollería: croissant, donut, magdalena, bizcocho, tarta o similar (uno o porción)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
74. Chocolate, bombones y similares (1 barrita o 2 bombones)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
75. Chocolate en polvo, cola-cao y similares (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

No olvidar marcar todas las casillas

IDNUM

VII. BEBIDAS Y MISCELÁNEAS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
76. Vino tinto (1 vaso, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
77. Vino blanco o rosado (1 vaso, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
78. Jerez, vinos secos, vermú (copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
79. Cerveza (una caña o botellín 1/5, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
80. Cerveza sin alcohol (una caña o botellín 1/5, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
81. Licores (20-25º): de frutas (manzana), de crema (Catalana, *Bayleys*) (1 copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
82. Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40º (1 copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
83. Refrescos normales de cola, naranja, limón (ej. *coca-cola, fanta*) (Uno, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
84. Refrescos sin azúcar cola, naranja, limón (ej. *coca-cola o pepsi light*) (Uno, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
85. Agua del grifo (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
86. Agua embotellada sin gas (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
87. Agua embotellada con gas (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
88. Zumo de frutas envasado (1 vaso o envase de 200cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
89. Café (1 taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
90. Café descafeinado (1 taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
91. Sopa o puré de verduras (un plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
92. Croquetas de pollo, jamón (una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
93. Croquetas, palitos o delicias de pescado fritos (una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
94. Mayonesa (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
95. Salsa de tomate (media taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
96. Ketchup ó catchup (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
97. Sal añadida a los platos en la mesa (1 pizca del salero o pellizco con dos dedos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
98. Ajo (1 diente)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
99. Mermeladas, miel (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
100. Azúcar (ej. en el café, postres, etc.) (1 cucharadita)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
¿Consume algún otro alimento regularmente al menos una vez a la semana?									
_____	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

No olvidar marcar todas las casillas

Consumo de suplementos vitamínicos o minerales. Referido desde los 3 meses previos a quedarse embarazada hasta ahora. **¿Ha tomado suplementos de vitaminas o minerales?…**

	Marca y presentación	Dosis semanal (comp/sem)	Fecha inicio (mes/año)	¿Sigue tomándolo?	Si no, fecha de finalización
a. Sal yodada	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
b. Leche con vit A+D	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
c. Leche rica en Calcio	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
d. Fibra/supl ricos en fibra	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
e. Multivitaminas	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
f. Acido fólico	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
g. Complejo A + E	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
h. Vitamina A	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
i. Vitamina E	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
j. Vitamina C	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
i. Hierro	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
j. Calcio	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
l. Complejo B	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
m. Zinc	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____
n. Otros Suplementos	_____	_____	__/____	① Si ②No	__/____

IDNUM

HÁBITOS DIETÉTICOS

1. ¿Seguía usted algún tipo de dieta en el año previo a quedar embarazada? *(Si responde NO pasar a pregunta 3)*

① No ② Sí ⑨ No sabe/No contesta

2. ¿Podría indicar el motivo de seguir esta dieta? *Puede marcar más de una respuesta*

① para controlar su peso
② porque tiene colesterol
③ porque tiene azúcar o diabetes
④ porque tiene problemas de estómago
⑤ porque tiene problemas de vesícula o hígado
⑥ porque tiene problemas de tensión alta o de corazón
⑦ porque tiene problemas de riñón
⑧ porque tiene alergia a algunos alimentos
⑨ porque tiene ácido úrico o gota
⑩ porque es vegetariana
①① por otro motivo, ¿cual? _

3. Desde que está embarazada ¿cómo ha cambiado su ingesta para los siguientes grupos de alimentos, con respecto a la del año antes del embarazo?

	Eliminado	↓	Igual	↑	Ns/Nc
a. Lácteos y derivados	①	②	③	④	⑨
b. Huevos	①	②	③	④	⑨
c. Carne	①	②	③	④	⑨
d. Pescado	①	②	③	④	⑨
e. Verduras	①	②	③	④	⑨
f. Legumbres	①	②	③	④	⑨
g. Frutas	①	②	③	④	⑨
h. Pan	①	②	③	④	⑨
i. Aceite de oliva	①	②	③	④	⑨
j. Mantequilla/margarina	①	②	③	④	⑨
k. Azúcar/dulces	①	②	③	④	⑨
l. Bebidas alcohólicas	①	②	③	④	⑨

Referida a "desde que está embarazada"

4. ¿Con qué frecuencia come comidas fritas?

① A diario.
② 5-6 veces por semana.
③ 2-4 veces por semana.
④ 1 vez por semana.
⑤ Menos de 1 vez por semana.
⑨ Ns/Nc

5. Cuando come carne, ¿cómo de hecha le gusta comerla?

① No como carne (*pasar a pregunta 9*)
② Cruda
③ Poco hecha
④ Hecha
⑤ Muy hecha. ⑨ Ns/Nc

6. ¿Qué hace Vd. con la grasa visible, cuando come carne?

① La quita toda.
② Quita la mayoría.
③ Quita un poco.
④ No quita nada. ⑨ Ns/Nc

7. ¿Cómo suele comer la carne

		Veces al			
	Nunca	Mes	Semana	Día	Ns/Nc
a. A la plancha	___	___	___	___	___
b. A la parrilla (grill)	___	___	___	___	___
c. Asada (horno)	___	___	___	___	___
d. Frita en aceite	___	___	___	___	___
e. Guisada	___	___	___	___	___

8. ¿Cómo de frecuente come lo tostado o quemado de la carne?

① Nunca o menos de una vez al mes
② Una vez al mes
③ 2-3 veces al mes
④ 1 vez a la semana
⑤ 2 o más veces a la semana ⑨ Ns/Nc

9. ¿Cómo de frecuente come la parte tostada del pescado?

① Nunca o menos de una vez al mes
② Una vez al mes
③ 2-3 veces al mes
④ 1 vez a la semana
⑤ 2 o más veces a la semana ⑨ Ns/Nc

10. ¿Cómo de frecuente come el tostado (*socarrat*) de la paella?,

① Nunca o menos de una vez al mes
② Una vez al mes
③ 2-3 veces al mes
④ 1 vez a la semana
⑤ 2 o más veces a la semana ⑨ Ns/Nc

11. ¿Qué clase de grasa o aceite usa para:

	Mantequilla	Margarina	Ac.Oliva	Ac.Ol virgen	Ac. Veg	Mezcla Ac.
ALIÑAR	___	___	___	___	___	___
COCINAR	___	___	___	___	___	___
FREIR	___	___	___	___	___	___

ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO (referida al año previo a quedarse embarazada)

Referida al "año previo a quedarse embarazada"

1. En el año previo a quedarse embarazada, ¿podría indicarme Vd. cuántas horas al día solía dormir, incluida la siesta?

_ _ _ _ _ _ _ _ horas

2. ¿Cuántos minutos de siesta solía dormir al día?

_ _ _ _ _ _ _ _ _ min.

3. ¿Cuántas horas veía usted la televisión, a la semana? *(ajustar al número entero más cercano)*

_ _ _ _ _ _ _ _ horas

4. En su actividad en el trabajo u ocupación principal estaba...

① Casi siempre sentado
② Sentado la mitad del tiempo
③ Casi siempre de pie, quieto
④ Casi siempre caminando, levantando y llevando pocas cosas
⑤ Casi siempre caminando, levantando y llevando muchas cosas
⑥ Trabajo manual pesado

5. ¿Cuánto tiempo caminaba o hacía bicicleta al día?

① Casi nunca
② Menos de 20 minutos al día
③ 20-40 minutos al día
④ 40-60 minutos al día
⑤ Entre 1 y 1 hora y media al día
⑥ Más de 1 hora y media al día

6. ¿Cuánto tiempo dedicaba a actividades o tareas en casa?

① Menos de 1 hora al día
② 1-2 horas / día
③ 3-4 horas / día
④ 5-6 horas / día
⑤ 7-8 horas / día
⑥ Más de 8 horas / día

7. En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedicaba a ver televisión, ordenador o leer?

① Menos de 1 hora al día
② 1 hora / día
③ 2 horas / día
④ 3 horas / día
⑤ 4 horas / día
⑥ 5-6 horas / día
⑦ Más de 6 horas / día

8. En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedicaba a hacer ejercicio o deporte

① Menos de 1 hora a la semana
② 1 hora / semana
③ 2 horas / semana
④ 3 horas / semana
⑤ 4-5 horas / semana
⑥ Más de 5 horas / semana

9. Considerando toda su actividad física habitual (trabajo u ocupación principal, hogar y tiempo libre), ¿cómo se considera Vd.?

① **Sedentaria** (sentado casi siempre, sin actividad física, sin deporte, bajo cuidados).
② **Poco activa** (profesiones o actividades sentadas, amas de casa con electrodomésticos, escaso deporte).
③ **Moderadamente activa** (trabajos manuales, amas de casa sin electrodomésticos, deporte ligero, etc)
④ **Bastante activa** (trabajos o actividades de pie-andando, deporte intenso, etc.).
⑤ **Muy activa** (Trabajo muy vigoroso, deporte fuerte diario)
⑨ No sabe / no contesta

Referida a "desde que está embarazada"

10. Desde que está embarazada ¿cómo ha cambiado el tiempo dedicado a su actividad fisica, respecto al año previo?

	Eliminado	↓	Igual	↑	Ns/Nc
a. Horas de sueño	①	②	③	④	⑨
b. Minutos de siesta	①	②	③	④	⑨
c. Horas TV	①	②	③	④	⑨
d. A caminar/bicicleta	①	②	③	④	⑨
e. A tareas en casa	①	②	③	④	⑨
g. A ver TV, leer en t.libre	①	②	③	④	⑨
h. A ejercicio/dep. en t.libre	①	②	③	④	⑨

11. Desde que está embarazada, en su actividad en el trabajo u ocupación principal está...

① Casi siempre sentada
② Sentada la mitad del tiempo
③ Casi siempre de pie, quieta
④ Casi siempre caminando, levantando y llevando pocas cosas
⑤ Casi siempre caminando, levantando y llevando muchas cosas
⑥ Trabajo manual pesado

FINAL DE LA VISITA DE INCLUSIÓN (V1)

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	**Muestra Sangre**	Sí No
	ECO	Sí 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		Sí No
Recogida uña en la semana 12		Sí 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. Él mismo 2. La mujer 3. Otros.....		|__|

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR

IDNUM

CUESTIONARIO GENERAL: VISITA 28-32 (V_2)

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA	
HORA INICIO DE LA ENTREVISTA	
LUGAR DE LA ENTREVISTA	
ACOMPAÑANTE *(Indicar parentesco)*	
NOMBRE ENTREVISTADOR	

CA1. ¿Ha cambiado su situación familiar desde la última entrevista?

1 Sí
2 No

CA1 |__|

CA2. ¿Cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vive usted?

1 Vive con el padre del bebé que espera
2 Vive con otra pareja
4 Vive con sus padres
5 Vive sola
6 Otros, especificar.....

CA2 |__|

CA2b. Motivo del cambio.....

CA2b .....

HO. HISTORIA OBSTÉTRICA

HO1. ¿Cuántas visitas prenatales ha realizado en el Centro de Atención Primaria *(CAP)* **desde la última entrevista el** |__|__||__|__||__|__|**?. Nº** |__|__|

HO1 |__|__|

HO2. ¿Cuántas visitas prenatales ha realizado en la consulta de un ginecólogo privado desde la última entrevista el |__|__||__|__||__|__|**?. Nº** |__|__|

HO2 |__|__|

HO3. ¿Qué tipo de lactancia ha pensado darle a su bebé?

1 Lactancia materna exclusiva
2 Lactancia artificial (biberón)
3 Lactancia mixta
4 No lo tiene decidido
9 Ns/Nc

HO3 |__|

F. CONSUMO DE FÁRMACOS

F1. ¿Ha tomado alguna medicación (de forma esporádica o habitual) desde la última entrevista?.

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		Enfermedad		Indique el mes en que lo tomó						Dosificación/posología	¿Quién se lo prescribió?	
				+4	+5	+6	+7	+8				
Por ejemplo. Efferelgan		*Dolor muscular*				X			|__|		*Médico*	|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|
									|__|			|__|

V. VACUNAS

V1. ¿Ha recibido alguna vacuna desde la última entrevista?

Tipo de Vacuna		Fecha de administración (mes/año)	
			|__|__||__|__|
			|__|__||__|__|
			|__|__||__|__|
			|__|__||__|__|
			|__|__||__|__|
			|__|__||__|__|

D. DENTISTA

D1. ¿Ha visitado al dentista desde la última entrevista?

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **No** o **Ns/Nc** PASAR A LA PREGUNTA **C1.**

D1a. Motivo.....

D1b.Fecha |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

D2. ¿Le ha sido realizado algún empaste desde la última entrevista?

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

D2a. Indique la fecha |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

D3. ¿Le ha aplicado flúor el dentista desde la última entrevista?

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

D3a. Indique la fecha |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

D1 |__|

D1a .....

D1b |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

D2 |__|

D2a |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

D3 |__|

D3a |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

IDNUM

C. COMPLICACIONES PRESENTADAS DESDE LA ÚLTIMA ENTREVISTA

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 2 Infección de orina 3 Tensión arterial alta 4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina 5 Contracciones 6 Otras, especificar.....	1 Sí 2 No **C1.1a ¿Dónde y quién le atendió?**..... ..... **C1.1b Fecha:**..... **C1.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C1.1d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C1.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?** 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No **C1.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a** .... **C1.2b. Fecha:** ..... **C1.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C1.2d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C1.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?** 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 2 Infección de orina 3 Tensión arterial alta 4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina 5 Contracciones 6 Otras, especificar.....	1 Sí 2 No **C2.1a ¿Dónde y quién le atendió?**..... ..... **C2.1b Fecha:**..... **C2.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C2.1d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C2.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?** 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No **C2.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a** .... **C2.2b. Fecha:** ..... **C2.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C2.2d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C2.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?** 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 2 Infección de orina 3 Tensión arterial alta 4 Pérdida de líquido o sangre por la vagina 5 Contracciones 6 Otras, especificar.....	1 Sí 2 No **C3.1a ¿Dónde y quién le atendió?**..... ..... **C3.1b Fecha:**..... **C3.1c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C3.1d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C3.1e ¿Información obtenida de la cartilla maternal?** 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No **C3.2a. Especificar lugar y nombre del médico/a** .... **C3.2b. Fecha:** ..... **C3.2c ¿Cuál fue el diagnóstico?** ..... **C3.2d ¿Tratamiento recibido?** ..... **C3.2e. ¿Información obtenida de un informe médico/a?** 1 Sí 2 No

IDNUM

CUESTIONARIO EXPOSICION LABORAL

1. ¿Cuál es su situación laboral actual? 1|__|

1 Trabajadora
2 Parada
3 Estudiante
4 Baja laboral Por:.....
5 Ama de casa
6 Otras (especificar):.....
9. Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **1** Ó **4** PASAR A LA PREGUNTA **3**

2. ¿Ha trabajado alguna vez desde un mes antes de quedarse embarazada hasta ahora? 2|__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA EN **NO** O **NS/NC**
FIN HISTORIA LABORAL MADRE

3. En relación con su trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados desde un mes antes de quedarse embarazada hasta ahora, podría indicarnos .

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?*

TABLA DE HISTORIA LABORAL

Periodo de contrato	Actividad de la empresa	Puesto de trabajo	Tareas
TRABAJO 1 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 2 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 3 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 4 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 5 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 6 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 7 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 8 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 9 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 10 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			
TRABAJO 11 Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año			

PARA CADA UNO DE LOS TRABAJOS REALIZADOS DESDE UN MES ANTES DE QUEDAR EMBARAZADA HASTA EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (TABLA DE HISTORIA LABORAL), SE DEBEN REPETIR TODAS LAS PREGUNTAS REFERIDAS A CONTINUACION (DE LA 4 A LA 22), IDENTIFICANDO EL TRABAJO A QUE SE REFIEREN EN CADA CASO LAS PREGUNTAS SEGÚN NUMERACIÓN EN LA TABLA.

TRABAJO Nº |__|__| *(NÚMERO DE ORDEN EN LA TABLA DE HISTORIA LABORAL)*:

4. Para el trabajo realizado desde (4a) ..... / ..... **hasta (4b)**..... / .....
Mes 4a *Año* *Mes* 4b *Año*

4a |__|__| |__|__|__|__|
4b |__|__| |__|__|__|__|

5. En la empresa: Nombre/Sector	**6. Con el puesto de trabajo:**

5 |__|__|__| 6 |__|__|__|

(Podría indicarnos...)

7a. Modalidad de contrato: 7a |__|__|

1 Funcionaria
2 Interina
3 Indefinido
4 Temporal < 1 año
5 Temporal 1-3 años
6 Temporal ≥ 3 años
7 Trabajadora autónoma
8 En prácticas / formación / investigación
9 Trabajadora sin contrato
  9 a. Empresa familiar
  9 b. Ilegales
  9 c. Otros
10 Otros (especificar): .....
99 Ns/Nc

7b. Jornada de trabajo: 7b |__|

1 Tiempo parcial
2 Tiempo completo
9 Ns/Nc

8. Horario de trabajo: 8 |__|

1 Fijo de día
2 Fijo de noche
3 Rotatorio sin trabajo nocturno
4 Rotatorio con trabajo nocturno
5 Otros (especificar): .....
9 Ns/Nc

9. ¿Tiene/tenía que trabajar de pie? 9 |__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **NO** o **Ns/Nc** PASAR A LA PREGUNTA **10**

9a. ¿Durante cuánto tiempo? 9a |__|

1 < 2 horas en la jornada
2 2-4 horas en la jornada
3 > 4 horas en la jornada

IDNUM

10. ¿Tiene/tenía que levantar cargas u objetos de más de 5 kg? 10|__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **NO** o **Ns/Nc** PASAR A LA PREGUNTA **12**

10b. ¿Con qué frecuencia? 10b|__|

1 Ocasionalmente (no todos los días)
2 Con frecuencia (todos los días, alguna vez)
3 Con mucha frecuencia (todos los días, muchas veces)

11. ¿Tiene/tenía que levantar cargas u objetos de más de 20 kg? 11|__|

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **NO** o **Ns/Nc** PASAR A LA PREGUNTA **12**

11b. ¿Con qué frecuencia? 11b|__|

1 Ocasionalmente (no todos los días)
2 Con frecuencia (todos los días, alguna vez)
3 Con mucha frecuencia (todos los días, muchas veces)

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca	No sabe	No procede	
12. ¿Su trabajo exige/exigía trabajar muy rápido?	1	2	3	4	5	6	12|__|
13. ¿Tiene/tenía tiempo de llevar al día su trabajo?	1	2	3	4	5	6	13|__|
14. ¿Puede/podía tomar decisiones sobre cómo realizar su trabajo?	1	2	3	4	5	6	14|__|
15. ¿Su trabajo exige/exigía una atención constante?	1	2	3	4	5	6	15|__|
16. ¿Su trabajo tiene/tenía repercusiones importantes sobre compañeros, clientes, instalaciones?	1	2	3	4	5	6	16|__|
17. ¿Su trabajo es/era monótono y repetitivo?	1	2	3	4	5	6	17|__|
18. ¿Recibe/recibía ayuda/apoyo de sus compañeros?	1	2	3	4	5	6	18|__|
19. ¿Recibe/recibía ayuda/apoyo de sus superiores?	1	2	3	4	5	6	19|__|

20. En su trabajo, ¿utiliza/ha utilizado o está/ha estado expuesta a alguno de los siguientes productos químicos? (*si contesta que* **Sí** *especificar la* **naturaleza** *y* **frecuencia** *de la exposición)*

a. Disolventes / colas / pegamentos
[*ejemplos*: pinturas, limpieza o desengrasado de piezas, fabricación calzado, industria plástico o caucho, industria madera, industria cosmética o farmacéutica, limpieza en seco, laboratorios]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

a1. Especificar naturaleza de la exposición: 20a|__|
..... 20a1 .....
.....

a2. Especificar frecuencia de la exposición: 20a2|__|
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

b.Benceno
[*ejemplos*: tratamiento petróleo, industria química, laboratorios, desengrasado piezas metálicas, aerografía, gasolineras]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

b1. Especificar naturaleza de la exposición: 20b|__|
..... 20b1 .....
.....

b2. Especificar frecuencia de la exposición: 20b2|__|
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

c. Plomo
[*ejemplos*: fundición de plomo, fabricación perdigones, pinturas, esmaltes para cerámica, industria automóvil, tratamiento de chatarra, fabricación baterías, soldadura]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

c1. Especificar naturaleza de la exposición: 20c|__|
..... 20c1 .....
.....

c2. Especificar frecuencia de la exposición: 20c2|__|
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

d. Niquel
[*ejemplos*: refinerías y tratamiento del niquel, metalurgia, industria química, procesos de niquelado]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

d1. Especificar naturaleza de la exposición: 20d|__|
.....
..... 20d1.....

d2. Especificar frecuencia de la exposición: 20d2|__|
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

e. Mercurio
[*ejemplos*: sanitarios, tratamiento minerales de plata y oro, amalgamas, fabricación válvulas de radio, fabricación baterías, curtido y tratamiento pieles,
taxidermia, fotografía, fabricación fieltros]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

e1. Especificar naturaleza de la exposición: 20e|__|
..... 20e1 .....
.....

e2. Especificar frecuencia de la exposición: 20e2|__|
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

f. Cadmio
[*ejemplos*: soldadura, industria automóvil, pinturas, industria cuero, industria vidrio, tintas de imprenta]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

f1. Especificar naturaleza de la exposición: 20f|__|
..... 20f1 .....
.....

f2. Especificar frecuencia de la exposición: 20f2|__|
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

g. Arsénico
[*ejemplos*: refinado del plomo, del oro, del cobre, del zinc y del estaño, industria vidrio, fabricación de plaguicidas]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

g1. Especificar naturaleza de la exposición: 20g|__|
..... 20g1 .....
.....

g2. Especificar frecuencia de la exposición: 20g2|__|
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

IDNUM

h. Plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.)
[*ejemplos*: agricultura, jardinería, tratamientos sanitarios en edificios o espacios públicos]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

h1. Especificar naturaleza de la exposición: ..... 20h1 .....

h2. Especificar frecuencia de la exposición: 20h2
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

i. Formaldehído
[*ejemplos*: producción de formol y derivados, salas de disección, tareas de desinfección, laboratorios]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

i1. Especificar naturaleza de la exposición: ..... 20i1 .....

i2. Especificar frecuencia de la exposición: 20i2
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

j. Óxido nitroso
[*ejemplos*: sanitarios]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

j1. Especificar naturaleza de la exposición: ..... 20j1 .....

j2. Especificar frecuencia de la exposición: 20j2
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

k. Óxido de etileno
[*ejemplos*: sanitarios]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

k1. Especificar naturaleza de la exposición: ..... 20k1 .....

k2. Especificar frecuencia de la exposición: 20k2
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

l. Antineoplásicos
[*ejemplos*: sanitarios]

1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

l1. Especificar naturaleza de la exposición: ..... 20l1 .....

l2. Especificar frecuencia de la exposición: 20l2
1 Ocasionalmente (<2hr/jornada)
2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada)
3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

21. ¿Alguna otra sustancia química? 21

1 Sí *(Especificar en la tabla)*
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES **NO** o **Ns/Nc** PASAR A LA PREGUNTA **22**

Nombre sustancia:	**Frecuencia de uso:**
21a.	**a1. Especificar naturaleza de la exposición:** ..... 21a ..... 21a1 .....
	a2. Especificar frecuencia de la exposición: 21a2 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)
21b.	**b1. Especificar naturaleza de la exposición:** ..... 21b ..... 21b1 .....
	b2. Especificar frecuencia de la exposición: 21b2 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)
21c.	**c1. Especificar naturaleza de la exposición:** ..... 21c ..... 21c1 .....
	c2. Especificar frecuencia de la exposición: 21c2 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)

IDNUM

22. En su trabajo, ¿ha estado expuesta a alguna de las siguientes condiciones*? (Si contesta que **Sí** especificar la **naturaleza** y **frecuencia** de la exposición)*

			Frecuencia:	
a. Nivel de ruido muy elevado, que obliga a levantar la voz para comunicarse con otras personas	1 2 9	Sí No Ns/Nc	**a1. Especificar naturaleza de la exposición:** .... **a2. Especificar frecuencia de la exposición:** 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)	22a|__| 22a1 ..... 22a2|__|
b. Herramientas manuales o máquinas que produzcan vibraciones	1 2 9	Sí No Ns/Nc	**b1. Especificar naturaleza de la exposición:** .... **b2. Especificar frecuencia de la exposición:** 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)	22b|__| 22b1 ..... 22b2|__|
c. Temperaturas o humedad extremas (mucho calor o mucho frío)	1 2 9	Sí No Ns/Nc	**c1. Especificar naturaleza de la exposición:** .... **c2. Especificar frecuencia de la exposición:** 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)	22c|__| 22c1 ..... 22c2|__|
d. Campos electromagnéticos o radiaciones no ionizantes [*ejemplos*: pantallas de visualización de datos, teléfono móvil, microondas, telecomunicaciones, rayos ultravioleta, láser]	1 2 9	Sí No Ns/Nc	**d1. Especificar naturaleza de la exposición:** .... **d2. Especificar frecuencia de la exposición:** 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)	22d|__| 22d1..... 22d2|__|
e. Radiaciones ionizantes (rayos x, rayos α, partículas β) [*ejemplos*: servicios de radiología, centrales nucleares]	1 2 9	Sí No Ns/Nc	**e1. Especificar naturaleza de la exposición:** .... **e2. Especificar frecuencia de la exposición:** 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)	22e|__| 22e1 ..... 22e2|__|
f. Agentes infecciosos o contaminación biológica [*ejemplos*: cuidado de personas enfermas, tratamiento de animales o sus productos derivados, mataderos]	1 2 9	Sí No Ns/Nc	**f1. Especificar naturaleza de la exposición:** .... **f2. Especificar frecuencia de la exposición:** 1 Ocasionalmente (<2hr/jornada) 2 Con frecuencia (2-4 hr/jornada) 3 Con mucha frecuencia (>4hr/jornada)	22f|__| 22f1 ..... 22f2|__|

IDNUM

CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL

CASA

1. Ha cambiado de domicilio desde el último cuestionario? 1|__|

1 Sí
2 No

1a. ¿Cuándo se ha cambiado?..... ***(Pasar cuestionario 2 de vivienda)*** 1a|__|__|__|__|__|__|

2. Edad de su casa en años: 2|__|

1 <5
2 de 5 a 14
3 de 15 a 29
4 >29
9 Ns/Nc

3. ¿Cómo describiría su vivienda? 3|__|

1 Una vivienda unifamiliar separada de otras casas
2 Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
3 Un piso (finca)
4 Otros (por favor, especifique).....

4. Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa? 4|__|

1 Sí
2 No

5. ¿En que piso-altura se haya su vivienda? *(marque 0 si es planta baja)* |__|__| 5|__|__|

6. Nº de personas que viven en su casa |__|__| 6|__|__|

7. ¿Viven en su casa niños menores de 12 años? 7|__|

1 Sí
2 No

7a ¿Especificar número |__| **y su(s) edad(es)**: |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| **años**. 7a|__|

1 2 3 4

7a1|__|__| 7a2|__|__|
7a3|__|__| 7a4|__|__|

8. ¿Viven en su casa personas que necesiten cuidados o atención especial? 8|__|

1 Sí
2 No

8a. ¿Especificar número |__| **y edades** |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| **años**. 8a|__|

1 2 3 4

8a1|__|__| 8a2|__|__|
8a3|__|__| 8a4|__|__|

9. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas? 9|__|

1 Sí
2 No

9a. ¿Con qué frecuencia acude esta persona? |__|__| **horas/semana** 9a|__|__|

10. ¿Realiza usted habitualmente las tareas domésticas? 10|__|

1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **11**

10a. ¿Le ayuda alguien de la casa en las tareas domésticas? 10a|__|

1 Sí, mucho
2 Sí, bastante
3 Sí, un poco
4 No

11. Nº de habitaciones de su casa *(sin contar la cocina y baño(s)):* |__|__| 11|__|__|

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

13. En su casa, las siguientes habitaciones tienen ventanas que den a:

a. Salón-comedor	1 exterior	2 interior	3 sin ventana	13a|__|
b. Dormitorio (embarazada)	1 exterior	2 interior	3 sin ventana	13b|__|
c. Cocina	1 exterior	2 interior	3 sin ventana	13c|__|
d. Otras: (especificar) (esté bastante tiempo)	1 exterior	2 interior	3 sin ventana	13d|__|
e. Otras: (especificar) (esté bastante tiempo)	1 exterior	2 interior	3 sin ventana	13e|__|

14. ¿Con qué frecuencia pasan coches por la calle donde se encuentra su casa?

1 Continuamente
2 Con bastante frecuencia
3 Poco
4 Prácticamente nunca

14|__|

15. ¿Con qué frecuencia pasan vehículos pesados *(por ej. camiones/autobuses)* **por la calle donde se encuentra su casa** *(a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía)***?**

1 Continuamente
2 Con bastante frecuencia
3 Poco
4 Prácticamente nunca

15|__|

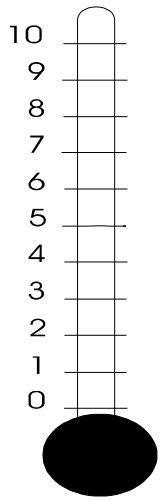
16. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico pasa continuamente: |__|__|__| **metros** 16|__|__|__|

17. 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 en la que el tráfico pasa continuamente? 17|__|

1 Sí
2 No

18. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta *(nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tráfico, la industria etc.)***?** 18|__||__|

Molestia insoportable



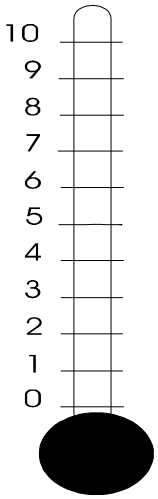
Ninguna molestia

19. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa? 19 ___

1 Mucho
2 Bastante
3 Poco
4 Nada

20 ¿Hasta qué punto le molesta el ruido *(procedente del tráfico, la industria, etc.)* **de su vivienda si deja la ventana abierta?** 20 ___ ___

Molestia insoportable



Ninguna molestia

21. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que son habituales en su casa *(puede señalar más de una)* **y su grado de molestia:**

	¿Son habituales?		Grado de molestia				
	Sí	No		Mucho	Bastante	Poco	Nada
a. Niños en la casa	1	2	21a1	1	2	3	4
b. Gente en la calle	1	2	21b1	1	2	3	4
c. Tráfico en la calle	1	2	21c1	1	2	3	4
d. Vecinos	1	2	21d1	1	2	3	4
e. Bares, pubs, discotecas	1	2	21e1	1	2	3	4
f. Talleres, industrias	1	2	21f1	1	2	3	4
g. Obras (públicas y/o privadas)	1	2	21g1	1	2	3	4
h. Otras (especificar)	1	2	21h1	1	2	3	4
i. Ninguna	1	2	21i1	1	2	3	4

21a ___ 21a1 ___
21b ___ 21b1 ___
21c ___ 21c1 ___
21d ___ 21d1 ___
21e ___ 21e1 ___
21f ___ 21f1 ___
21g ___ 21g1 ___
21h ___ 21h1 ___
21i ___ 21i1 ___

22. ¿Ha realizado obras en su domicilio en los últimos seis meses? 22 ___

1 Sí
2 No

23. ¿Tiene animales en el domicilio? 23 |__|

1 Sí
2 No

23a. gatos$_1$: |__|__| **perros**$_2$: |__|__| **pájaros**$_3$: |__|__| **otros:**$_4$ |__|__| (*especificar*) ..... 23a1 |__|__| 23a2 |__|__| 23a3 |__|__| 23a4 |__|__|

24. ¿Su vivienda tiene...?:

	1. Salón-comedor		2. Dormitorio		3. Otras salas (Indíquelas):.....		1	2	3
	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
a. Cortinas	1	2	1	2	1	2	24 a |__|	|__|	|__|
b. Manchas de humedad	1	2	1	2	1	2	24 b |__|	|__|	|__|
c. Doble cristal	1	2	1	2	1	2	24 c |__|	|__|	|__|
d. Muñecos de peluche	1	2	1	2	1	2	24 d |__|	|__|	|__|
e. Moqueta	1	2	1	2	1	2	24 e |__|	|__|	|__|
f. Alfombras	1	2	1	2	1	2	24 f |__|	|__|	|__|
g. Si utiliza alfombras, ¿cuántos meses al año las pone?	|__|__|		|__|__|		|__|__|		24 g |__|	|__|	|__|
h. Un suelo que no sea gres/baldosa	1	2	1	2	1	2	24 h |__|	|__|	|__|
i. Si la anterior es sí, ¿qué tipo de suelo?	.....		.....		.....		24 i		

DORMITORIO

25. ¿Cuántas personas duermen en su misma habitación *(usted incluida)***?** |__|__| 25 |__|__|

26. ¿Que tipo de colchón utiliza? 26 |__|

1 Lana
2 Espuma
3 Muelles
4 Látex
5 Otros.....
9 Ns/Nc

27. ¿Cuántos años tiene su colchón? |__|__| **años** 27 |__|__|

28. ¿Duerme algún animal en su habitación? 28 |__|

1 Sí
2 No

28a. gatos$_1$: |__|__| **perros**$_2$: |__|__| **pájaros**$_3$: |__|__| **otros:**$_4$ |__|__| (*especificar*) 28a1 |__|__| 28a2 |__|__| 28a3 |__|__| 28a4 |__|__|

COCINA

29. ¿Tiene extractor encima de la cocina? 29 |__|

1 Sí
2 No

30. Al cocinar ¿usa el extractor? 30 |__|

1 Siempre
2 A veces
3 Nunca

31. Tipo de cocina: 31 |__|

1 Gas natural
2 Gas butano
3 Gas propano
4 Eléctrica
5 Carbón, madera
6 Otro:.....

CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO

32. ¿Tiene calefacción central? 32 ___

1 Sí
2 No

33. ¿Tiene aire acondicionado? 33 ___

1 Sí
2 No

34. Tipo de calefacción:

	1. Salón-comedor		2. Dormitorio		3. Otras salas (Indíquelas):.....		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
a. Gas natural	1	2	1	2	1	2	34a ___
b. Gas butano	1	2	1	2	1	2	34b ___
c. Gas propano	1	2	1	2	1	2	34c ___
d. Gasoil	1	2	1	2	1	2	34d ___
e. Eléctrica	1	2	1	2	1	2	34e ___
f. Chimenea abierta al exterior	1	2	1	2	1	2	34f ___
g. Estufa de carbón o madera	1	2	1	2	1	2	34g ___
h. Otros.....	1	2	1	2	1	2	34h ___

LIMPIEZA

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

	Sí	No	Ns/Nc	
a. Lejía	1	2	9	35a ___
b. Amoniaco	1	2	9	35b ___
c. Salfumán	1	2	9	35c ___
d. Disolventes quitamanchas	1	2	9	35d ___
e. Limpiamuebles	1	2	9	35e ___
f. Limpiacristales	1	2	9	35f ___
g. Productos para alfombras, mantas o cortinas	1	2	9	35g ___
h. Spray para la mopa del suelo	1	2	9	35h ___
i. Spray para el horno	1	2	9	35i ___
j. Ambientadores	1	2	9	35j ___
k. Spray para planchar	1	2	9	35k ___
l. Productos de limpieza perfumados	1	2	9	35l ___
m. Productos líquidos multiusos para limpiar	1	2	9	35m ___
n. Naftalina u otros antipolillas	1	2	9	35n ___
o. Otros productos de limpieza ¿Cuál/es?.....	1	2	9	35o ___

36. ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza en su casa? *(limpieza que incluye suelo, polvo...)* 36 ___

1 Más de una vez a la semana
2 Una vez a la semana
3 Menos de una vez a la semana

37. ¿Tiene aspirador/vaporetta? 37 ___

1 Sí
2 No

37a. ¿Con qué frecuencia se pasa el aspirador en su casa? 37a ___

1 Más de una vez a la semana
2 Una vez a la semana
3 Menos de una vez a la semana

38. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?

	Nada	<30 minutos	30 minutos-2horas	>2horas	
a. Verano	1	2	3	4	38a|__|
b. Invierno	1	2	3	4	38b|__|
c. Primavera-Otoño	1	2	3	4	38c|__|

39. ¿Utiliza insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en su casa?

1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **40**

39\|__\|

39a. ¿Qué tipo de insecticida utiliza *(puede señalar más de uno)* **y con qué frecuencia?**

	Frecuencia	**1. Dormitorio madre**	**2. Resto de la casa**	
a. Sprays insecticidas	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	**1** **2** **3** **4**	**1** **2** **3** **4**	39aa1|__| 39aa2|__|
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	**1** **2** **3** **4**	**1** **2** **3** **4**	39ab1|__| 39ab2|__|
c. Loción repelente	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	**1** **2** **3** **4**	**1** **2** **3** **4**	39ac1|__| 39ac2|__|
d. Otros	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	**1** **2** **3** **4**	**1** **2** **3** **4**	39ad1|__| 39ad2|__|

39b. ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

1. Sí
2. No

39b\|__\|

39b1 ..... 39b1.....
.....
.....

EXTERIOR

40. Su casa, ¿tiene jardín, huerto o corral con plantas? 40 |__|

1 Sí
2 No

40 a.¿Qué superficie tiene? |__|__|__|__| **m²** 40a |__|__|__|__|

40 b. ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas? 40b |__|

1 Sí
2 No

40b.1 ¿Con qué frecuencia? 40b.1 |__|

1 Todos los meses
2 Cada 2-3 meses
3 3 veces al año
4 Ocasionalmente

40b.2 Fumiga usted misma: 40b.2 |__|

1 Siempre
2 A veces
3 Nunca

40b.3 ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?: |__|__|__| min 40b.3 |__|__|__|

40b.4 ¿Guarda productos plaguicidas *(insecticidas, herbicidas, etc.)* **en la casa?** 40b.4 |__|

1 Sí
2 No

40b.4a ¿Dónde los guarda? 40b.4a |__|

1 garaje/trastero 2 exterior 3 otro:.....

40b.4b ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente? 40b.4b .....

.....
.....
.....
.....

41. ¿Está su residencia cerca de un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas? 41 |__|

1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **42**

41a. ¿A qué distancia? 41a |__|

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

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

1 Sí
2 No

42a. ¿A qué distancia? 42a |__|

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? 43 |__|

1 Sí
2 No

43a.1 ¿Polígono o zona industrial?. 43a.1 |__|

43a.2 Indicar nombre:..... 43a.2.....

43a.3 ¿A qué distancia? |__|__|__| **metros** 43a.3 |__|__|__|

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

1. Sí
2. No

43b.1 Indicar tipo de actividad:..... 43b.1.....

43b.2 ¿A qué distancia? |__|__|__| **metros** 43b.2 |__|__|__|

TABACO

44. ¿Ha fumado a lo largo de su vida? 44 |__|

1 Sí
2 No — SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **46**

44b. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco? 44b |__|

1 Fuma diariamente
2 Fuma pero no diariamente
} PASAR A LA PREGUNTA **45a**

3 No fuma aunque antes fumaba diariamente
4 No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente
} PASAR A LA PREGUNTA **45d**

Fuma en la actualidad:

45a. Número de cigarrillos habituales: |__|__|__| **cig/semana** 45a |__|__|__|

45b. ¿A qué edad empezó a fumar? |__|__| **años** 45b |__|__|

45c. ¿Ha cambiado el consumo de tabaco debido al embarazo? 45c |__|

1 Sí
2 No — SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **46**

45c.1 ¿Cuándo cambió? 45c.1 |__|__|

1 Antes de quedar embarazada
2 Durante el embarazo.

45c.2 Indique el mes de embarazo en el que cambió: |__| 45c.2 |__|

45c.3 ¿Cuánto fumaba antes?|__|__|__| **cig/semana** 45c.3 |__|__|__|

No fuma en la actualidad, fumaba anteriormente:

45d. ¿A qué edad empezó a fumar? |__|__| **años** 45d |__|__|

45e. ¿A qué edad dejó de fumar? |__|__| **años** 45e |__|__|

45f. ¿Dejó de fumar por el embarazo? 45f |__|

1 Sí
2 No

45f.1 ¿Cuándo dejó de fumar? 45f.1 |__|

1 Antes de quedar embarazada
2 Durante el embarazo.

45f.2 Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar: |__| 45f.2 |__|

45f.3 ¿Cuánto fumaba habitualmente? |__|__|__| **cig/semana** 45f.3 |__|__|__|

46. ¿Fuma alguien en casa? 46 |__|

1 Sí
2 No — SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **47**

	1.Pareja		2.Otro (1):		3.Otro (2):		4.Otro (3):		
a. ¿Cuántos cigarrillos en total al día?									46a |__|__| (1)|__|__| (2)|__|__| (3)|__|__|
b. ¿Cuántos cigarrillos en casa al día?									46b |__|__| (1)|__|__| (2)|__|__| (3)|__|__|
c. ¿Ha cambiado el consumo durante el embarazo?	**1 Sí**	**2 No**	**1 Sí**	**2 No**	**1 Sí**	**2 No**	**1 Sí**	**2 No**	46c |__| |__| |__| |__|
d. ¿En qué mes del embarazo cambió?									46d |__|__| (1)|__|__| (2)|__|__| (3)|__|__|
e. ¿Cuánto fumaba antes?									46e |__|__| (1)|__|__| (2)|__|__| (3)|__|__|

47. ¿A qué nivel de humo de tabaco está expuesta en su trabajo? 47 |__|

1 Mucho
2 Bastante
3 Poco
4 Nada
5 No trabaja

48. ¿Realiza comidas fuera de casa en lugares en los que se fume? 48 |__|

1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **49**

48a ¿ Desayuna/almuerza alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco? 48a |__|

1 Sí
2 No

48a.1 ¿Cuántas veces por semana? 48a.1 |__|

1 < 1
2 2-3
3 > más de 3

48b ¿Come alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco? 48b |__|

1 Sí
2 No

48b.1 ¿Cuántas veces por semana? 48b.1 |__|

1 < 1
2 2 -3
3 > más de 3

48c ¿Cena alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco? 48c |__|

1 Sí
2 No

48c.1 ¿Cuántas veces por semana? 48c.1 |__|

1 < 1
2 2-3
3 > más de 3

49. ¿Acude alguna vez a lugares de ocio *(bar, pub, discoteca...)***?** 49 |__|

1 Sí
2 No

49a ¿Cuántas veces por semana? 49a |__|

1 < 1
2 2-3
3 > más de 3

50a. ¿Acude alguna vez a otros lugares en los que se fume *(casa de amigos, familiares, casal, etc)***?** 50a |__|

1 Sí
2 No

50a.1 ¿Cuántas veces por semana? 50a.1 |__|

1 < 1
2 2-3
3 > más de 3

50b. ¿Recibe alguna vez visitas de personas que fumen en su casa *(amigos, familiares, vecinos, etc)***?** 50b |__|

1 Sí
2 No

50b.1 ¿Cuántas veces por semana? 50b.1 |__|

1 < 1
2 2-3
3 > más de 3

50 bis. Durante el embarazo, ¿ha utilizado algún tipo de drogas? (le recuerdo que su respuesta será completamente confidencial).

1. Sí
2. No
9. NS/NC

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **51**

(Si la respuesta es Sí)
Por favor, ¿podría indicarme qué tipo de drogas y con qué frecuencia las ha tomado?

a. Nombre	b. Frecuencia (veces por semana)	c. Trimestre de embarazó en el que lo tomó
1.		1 2 3
2.		1 2 3
3.		1 2 3

b50 |__|

b50a.1 .....
b50b.1 |__|__| b50c.1 |__|
b50a.2 .....
b50b.2 |__|__| b50c.2 |__|
b50a.3 .....
b50b.3 |__|__| b50c.3 |__|

ESTILOS DE VIDA

A) COSMÉTICOS Y OTROS

51. ¿Ha usado algún cosmético durante su embarazo *(la pregunta no incluye maquillaje)***?** 51 |__|

1 Sí
2 No

SI LA REPSUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **54**

52. 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)* 52 |__|

1 Crema
2 Loción
3 Ungüento
4 Aceite
5 Polvos
6 Otros.....

53. En caso de haber señalado alguna opción de la pregunta anterior completar el siguiente cuadro para cada una de las respuestas dadas

Cosmético/nombre comercial	Zona del cuerpo	Frecuencia de uso	
Ej: crema (nutraderm®)	1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Sólo barriga 6 Varios.....	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	
53a.1	**53b.1** 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Sólo barriga 6 Varios.....	**53c.1** 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	53a.1 ..... 53b.1 |__| 53c.1 |__|
53a.2	**53b.2** 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Sólo barriga 6 Varios.....	**53c.2** 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	53a.2 ..... 53b.2 |__| 53c.2 |__|
53a.3	**53b.3** 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Sólo barriga 6 Varios.....	**53c.3** 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	53a.3 ..... 53b.3 |__| 53c.3 |__|
53a.4	**53b.4** 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Sólo barriga 6 Varios.....	**53c.4** 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	53a.4 ..... 53b.4 |__| 53c.4 |__|
53a.5	**53b.5** 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Sólo barriga 6 Varios.....	**53c.5** 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	53a.5 ..... 53b.5 |__| 53c.5 |__|

54. ¿Se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente o mechas durante su embarazo? Esta pregunta no incluye champú colorante *(Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s)*

54 |__|
|__|
|__|
|__|

1 No
2 Sí, mechas
3 Sí, tinte
4 Sí, hecho permanente-ondulado

55. Si es Sí, ¿Durante qué semana del embarazo y cuántas veces? *(puede marcar más de una que las casillas apropiadas)*

Veces

1 Semana 0-13 ..... 55-1 |__|
2 Semana 14-26 ..... 55-2 |__|
3 Semana 27 en adelante ..... 55-3 |__|

B) USO Y CONSUMO DE AGUA. VARIOS

56. ¿Cuántos vasos de agua bebe habitualmente cada día durante el embarazo? *(en total, contando durante la comida y fuera de la comida)* 56 |__|

1 Ninguno
2 1 vaso por día
3 2 vasos por día
4 3-4 vasos por día
5 5-6 vasos por día
6 Más de 6 vasos por día
9 No sabe

57. ¿Cuál es el origen principal del agua que <u>bebe en su residencia</u> durante el embarazo? *(indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)* 57 |__|

1 Agua municipal
2 Pozo privado
3 Agua embotellada
4 Otro origen (especificar) _____
9 No sabe

57a. Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro? 57a |__|

1 Sí ⟶ Indicar tipo: _____ 57a1 .....
2 No 57a.1

58. ¿Cuál es el origen principal del agua que utiliza para <u>cocinar en su casa</u> durante el embarazo? *(indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)* 58 |__|

1 Agua municipal
2 Pozo privado
3 Agua embotellada
4 Otro origen (especificar) _____
9 No sabe

58a.Si el origen del agua que usa para cocinar es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro? 58a |__|

1 Sí ⟶ Indicar tipo: _____ 58a1 .....
2 No 58a.1

59.¿Ha cambiado el agua que consume desde que se quedó embarazada? 59 |__|

1 Sí, la de beber
2 Sí, la de cocinar
3 No ha cambiado

60¿Cuál es el origen principal del agua que <u>consume fuera de casa</u> *(en su trabajo, en casa de familiares)* **durante el embarazo?** *(indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)* 60 |__|

1 Agua municipal
2 Pozo privado
3 Agua embotellada
4 Otro origen (especificar) _____
9 No sabe

61. ¿Cómo se asea habitualmente durante el embarazo? 61 |__|

1 Ducha
2 Baño
3 Ambos
4 Otro (especificar) _____

62. ¿Con qué frecuencia se suele duchar y/o bañar durante el embarazo?

	1. Ducha	2. Baño	
a. Nº de veces a la semana	|__|__|	|__|__|	62a.1 |__|__| 62a.2 |__|__|
b. Si menos de una vez a la semana, indicar el nº de veces al mes	|__|__|	|__|__|	62b.1 |__|__| 62b.2 |__|__|

63. ¿Cuánto rato en promedio dura la ducha y/o el baño?

	1. Ducha	2. Baño	
Numero de minutos	|__|__|	|__|__|	63.1 |__|__| 63.2 |__|__|

64. ¿Se suele duchar y/o bañar con agua caliente o fría?

	Caliente	Fría	Ambas	
a. Ducha	1	2	3	64a |__|
b. Baño	1	2	3	64b |__|

65. Durante el embarazo, ¿se suele bañar en la piscina? 65 \|__\|

1 Sí
2 No

65a. ¿Con qué frecuencia se baña en la piscina durante el embarazo?

	Verano		Resto del año		
	Nº de veces al mes	Tiempo (minutos)	Nº de veces al mes	Tiempo (minutos)	
1.Piscina descubierta	|__|__|	|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|	65a1v |__|__| |__|__|__| 65a1r |__|__| |__|__|__|
2.Piscina cubierta	|__|__|	|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|	65a2v |__|__| |__|__|__| 65a2r |__|__| |__|__|__|

C) OTROS

66. ¿Toma usted productos BIOLÓGICOS O ECOLOGICOS U ORGÁNICOS? 66 \|__\|

1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA **68**

66a ¿Con qué frecuencia? 66a \|__\|

1 Nunca o <1mes
2 1-3 mes
3 1 por semana
4 Varias veces por semana
5 Diariamente

66a.1 ¿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	|__|__|__|	66a1 |__|__|__|
2	Pan	|__|__|__|	66a2 |__|__|__|
3	Carne	|__|__|__|	66a3 |__|__|__|
4	Huevos	|__|__|__|	66a4 |__|__|__|
5	Leche y derivados lácteos	|__|__|__|	66a5 |__|__|__|
6	Arroz y pasta	|__|__|__|	66a6 |__|__|__|
7	Otros, especificar	|__|__|__|	66a7 |__|__|__|

67. ¿Utiliza usted recipientes de plástico en el microondas para calentar comida? 67 |__|

1 Sí
2 No

67a ¿con qué frecuencia? 67a |__|

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

68. ¿Utiliza teléfono móvil? 68 |__|

1 Sí
2 No

68a ¿Cuántas conversaciones mantiene al día? |__|__|__| 68a |__|__|__|

TIEMPO-ACTIVIDAD Y DESPLAZAMIENTO

69. Desde que se quedó embarazada, ¿cuánto tiempo al día pasa en los siguientes lugares?

	1. Entre semana (horas:minutos/día)	2. Fin de semana (horas:minutos/día)	
En el trabajo:			
a. Interior			69a.1 |__|__| : |__|__| 69a.2 |__|__| : |__|__|
b. Exterior			69b.1 |__|__| : |__|__| 69b.2 |__|__| : |__|__|
c. En otros edificios (centros comerciales, lugares públicos)			69c.1 |__|__| : |__|__| 69c.2 |__|__| : |__|__|
d. Desplazándose (al trabajo, compra, con los niños, otros familiares..)			69d.1 |__|__| : |__|__| 69d.2 |__|__| : |__|__|
e. Exterior (paseando, en un parque...)			69e.1 |__|__| : |__|__| 69e.2 |__|__| : |__|__|
En su vivienda			
f. Interior de la casa			69f.1 |__|__| : |__|__| 69f.2 |__|__| : |__|__|
g. Exterior de la casa			69g.1 |__|__| : |__|__| 69g.2 |__|__| : |__|__|
h. En interior de otras casas			69h.1 |__|__| : |__|__| 69h.2 |__|__| : |__|__|
Total			69i.1 |__|__| : |__|__| 69i.2 |__|__| : |__|__|

70. ¿Cuánto tiempo al día emplea en desplazarse *(al trabajo, compra, con los niños, otros familiares...)***?**

	1. Entre semana (horas:minutos/día)	2. Fin de semana (horas:minutos/día)	
a. Caminando			70a.1 |__|__| : |__|__| 70a.2 |__|__| : |__|__|
b. Bicicleta			70b.1 |__|__| : |__|__| 70b.2 |__|__| : |__|__|
c. Motocicleta o ciclomotor			70c.1 |__|__| : |__|__| 70c.2 |__|__| : |__|__|
d. Coche o taxi			70d.1 |__|__| : |__|__| 70d.2 |__|__| : |__|__|
e. Autobús o tranvía			70e.1 |__|__| : |__|__| 70e.2 |__|__| : |__|__|
f. En tren o metro			70f.1 |__|__| : |__|__| 70f.2 |__|__| : |__|__|

PERCEPCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

71. De la siguiente lista de problemas relacionados con el medio ambiente, señale los *cinco* que considera de mayor importancia en el lugar donde usted y su familia viven (*mostrar primero toda la lista y luego señalar cinco problemas*):

71.1 Opción de listado |__| 71.1|__|

a. Contaminación del aire (tráfico de vehículos, industrias, etc.) 71.a|__|
b. Contaminación del agua de bebida del grifo 71.b|__|
c. Contaminación de las aguas para uso recreativo (mar, río, etc.) 71.c|__|
d. Ruido exterior (tráfico de vehículos, industrias, talleres, etc.) 71.d|__|
e. Deficiencias en desagües o sistemas de evacuación de aguas domésticas (alcantarillas, etc.) 71.e|__|
f. Proximidad de basureros o lugares de depósito de residuos peligrosos 71.f|__|
g. Proximidad de industrias molestas, tóxicas o peligrosas 71.g|__|
h. Proximidad de incineradoras 71.h|__|
i. Proximidad de zonas de cultivo fumigadas con plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.) 71.i|__|
j. Proximidad de quemas agrícolas o incendios 71.j|__|
k. Proximidad de granjas de animales, rebaños, ganado, etc. 71.k|__|
l. Proximidad a antenas de radiofrecuencia (móviles, radio...) 71.l|__|
m. Proximidad a líneas de alta tensión 71.m|__|
n. Contaminación alimentos 71.n|__|
o. Escasez de zonas verdes 71.o|__|
p. Suciedad en las calles 71.p|__|

Otros. Especificar:

q. ..... 71.q.....
r. ..... 71.r.....
s. ..... 71.s.....

72. Señale en qué medida considera que afectan negativamente su salud y la de su familia cada uno de los cinco problemas medioambientales que ha señalado en la pregunta anterior:

a. Problema	b. Percepción					
	Mucho	Bastante	Poco	Nada		
1 |__|	1	2	3	4	72a.1|__|	72b.1|__|
2 |__|	1	2	3	4	72a.2|__|	72b.2|__|
3 |__|	1	2	3	4	72a.3|__|	72b.3|__|
4 |__|	1	2	3	4	72a.4|__|	72b.4|__|
5 |__|	1	2	3	4	72a.5|__|	72b.5|__|

OBSERVACIONES:

IDNUM

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA Nº 2

Estimada Sra., esta parte de la encuesta es para conocer la dieta que ha seguido en los últimos meses de su embarazo. Con ello tratamos de averiguar el papel que juega la dieta en relación al desarrollo de su embarazo y su futuro hijo. Sus respuestas serán muy útiles, y por ello le rogamos preste su máxima atención y colaboración. Cuando un alimento no se adapte plenamente a su consumo habitual, trate de aproximar su respuesta a las cantidades indicadas, con la ayuda de los ejemplos e indicaciones que se le den.

Para cada alimento, señalar cuántas veces como media ha tomado la cantidad que se indica desde la última entrevista. Debe tener en cuenta las veces que toma el alimento solo y cuando lo añade a otro alimento o plato. Por ejemplo, en el caso del huevo, considere cuando lo toma solo (Ej. frito o cocido) y cuando lo toma añadido o mezclado con otros platos. Si en estos tres meses ha venido comiendo una tortilla de 2 huevos cada 2 días, deberá marcar "1 por día". No debe considerar el huevo que va con los productos de bollería o dulces.

I. LÁCTEOS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
1. Leche entera (1 vaso o taza, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
2. Leche semi-desnatada (1 vaso, 200cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3. Leche desnatada (1 vaso, 200cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
4. Leche condensada (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
5. Nata o crema de leche (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
6. Yogur entero (uno, 125 gramos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
7. Yogur desnatado (uno, 125 gramos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
8. Requesón, queso blanco o fresco (una porción o ración, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
9. Queso curado, semi-curado, o cremoso (un trozo, 50 gramos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
10. Natillas, flan, puding (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
11. Helados (1 cucurucho, vasito o bola)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

II. HUEVOS, CARNES, PESCADOS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
12. Huevos de gallina (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
13. Pollo CON piel (1 plato mediano o pieza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
14. Pollo SIN piel (1 plato mediano o pieza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
15. Carne de ternera, cerdo, cordero como plato principal (1 plato mediano o pieza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
16. Carne de caza: conejo, codorniz, pato (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
17. Hígado de ternera, cerdo, pollo (1 plato, ración o pieza mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
18. Vísceras: callos, sesos, mollejas (1 ración, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
19. Embutidos: jamón, salchichón, salami, mortadela, (1 ración de unos 50 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
20. Salchichas y similares (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
21. Patés, foie-gras (media ración, 50 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
22. Hamburguesa (una mediana, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
23. Tocino, beicon, panceta (2 tiras o lonchas, 50 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
24. Pescado frito variado (1 plato mediano o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
25. Pescado hervido o plancha BLANCO: merluza, lenguado, dorada (1 plato o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
26. Pescado hervido o plancha AZUL: atún, emperador, bonito, (plato o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
27. Otros pescados azules: caballa, sardinas, boquerón/anchoas, salmón	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
28. Una lata pequeña de conserva de atún o bonito en aceite	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
29. Una lata pequeña de conserva de sardinas o caballa en aceite	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
30. Pescados en salazón y/o ahumados: anchoas, bacalao, salmón (media ración, 50g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
31. Almejas, mejillones, ostras (1 ración, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
32. Calamares, chipirones, sepia, choco, pulpo (1 ración o plato, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
33. Marisco: gambas, cangrejo, langostino, langosta (1 ración 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

No olvidar marcar todas las casillas

IDNUM

III. VERDURAS, LEGUMBRES.	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
34. Espinacas o acelgas cocinadas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
35. Col, coliflor, brócolis cocinadas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
36. Lechuga, endibias, escarola (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
37. Tomate (uno mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
38. Cebolla (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
39. Zanahoria, calabaza (una o plato pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
40. Judías verdes cocinadas (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
41. Berenjenas, calabacines, pepinos (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
42. Pimientos (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
43. Alcachofas (una ración o plato mediano, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
44. Espárragos (una ración o plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
45. Maíz hervido (plato o lata pequeña, 82 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
46. Legumbres: lentejas, garbanzos, judías pintas o blancas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
IV. FRUTAS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
47. Naranjas, mandarinas (Una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
48. Zumo de naranja natural (un vaso pequeño, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
49. Plátano (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
50. Manzana, pera (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
51. Melocotón, nectarina, albaricoque (uno mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
52. Sandía, melón (1 tajada o cala, mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
53. Uvas (un racimo mediano o plato de postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
54. Prunas, ciruelas frescas/secas (una, 37 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
55. Kiwi (una unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
56. Aceitunas (un platito o tapa de unas 15 unidades pequeñas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
57. Frutos secos: almendras, cacahuetes, piñones, avellanas (1 platito o bolsita, 30g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
V. PAN, CEREALES Y SIMILARES	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
58. Pan blanco (Una pieza pequeña o 3 rodajas de pan de molde, 60 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
59. Pan integral (Pieza pequeña o 3 rodajas de pan de molde)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
60. Cereales desayuno (30 g en seco)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
61. Patatas fritas (1 ración o plato, 100 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
62. Patatas cocidas, asadas (1 patata mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
63. Bolsa de patatas fritas (1 bolsa pequeña, 25-30 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
64. Arroz cocinado (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
65. Pastas: espaguetis, fideos, macarrones y similares (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
66. Pizza (1 porción o ración, 200 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
VI. ACEITES, GRASAS Y DULCES	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
67. Aceite de oliva añadido en la mesa a ensalada, pan y a platos (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
68. Otros aceites vegetales (ídem): girasol, maíz, soja (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
69. Margarina añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
70. Mantequilla añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
71. Galletas tipo María (1 galleta)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
72. Galletas con chocolate (1 galleta doble)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
73. Bollería: croissant, donut, magdalena, bizcocho, tarta o similar (uno o porción)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
74. Chocolate, bombones y similares (1 barrita o 2 bombones)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
75. Chocolate en polvo, cola-cao y similares (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

No olvidar marcar todas las casillas

IDNUM

VII. BEBIDAS Y MISCELANEAS	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
76. Vino tinto (1 vaso, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
77. Vino blanco o rosado (1 vaso, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
78. Jerez, vinos secos, vermú (copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
79. Cerveza (una caña o botellín 1/5, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
80. Cerveza sin alcohol (una caña o botellín 1/5, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
81. Licores (20-25º): de frutas (manzana), de crema (Catalana, *Bayleys*) (1 copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
82. Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40º (1 copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
83. Refrescos normales de cola, naranja, limón (ej. *coca-cola, fanta*) (Uno, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
84. Refrescos sin azúcar cola, naranja, limón (ej. *coca-cola o pepsi light*) (Uno, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
85. Agua del grifo (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
86. Agua embotellada sin gas (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
87. Agua embotellada con gas (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
88. Zumo de frutas envasado (1 vaso o envase de 200cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
89. Café (1 taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
90. Café descafeinado (1 taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
91. Sopa o puré de verduras (un plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
92. Croquetas de pollo, jamón (una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
93. Croquetas, palitos o delicias de pescado fritos (una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
94. Mayonesa (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
95. Salsa de tomate (media taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
96. Ketchup ó catchup (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
97. Sal añadida a los platos en la mesa (1 pizca del salero o pellizco con dos dedos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
98. Ajo (1 diente)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
99. Mermeladas, miel (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
100. Azúcar (ej. en el café, postres, etc.) (1 cucharadita)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
¿Consume algún otro alimento regularmente al menos una vez a la semana?									
_ _	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
_ _	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

No olvidar marcar todas las casillas

Consumo de suplementos vitamínicos o minerales. ***Referido desde la última entrevista hasta ahora.*** **¿Ha tomado suplementos de vitaminas o minerales?…**

	Marca y presentación	Dosis semanal (comp/sem)	Fecha inicio (mes/año)	¿Sigue tomándolo?	Si no, fecha de finalización
a. Sal yodada	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/_ _ _ _
b. Leche con vit A+D	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
c. Leche rica en Calcio	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
d. Fibra/supl ricos en fibra	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
e. Multivitaminas	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
f. Acido fólico	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
g. Complejo A + E	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
h. Vitamina A	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
i. Vitamina E	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
j. Vitamina C	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
i. Hierro	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
j. Calcio	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
l. Complejo B	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
m. Zinc	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _
n. Otros Suplementos	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _/ _ _ _ _	① Si ②No	_ _/ _ _ _ _

IDNUM

HÁBITOS DIETÉTICOS *(desde la última entrevista)*

1. ¿Ha seguido usted algún tipo de dieta desde la última entrevista?

*(Si responde **NO** pasar a pregunta 3)*

① No ② Sí ⑨ No sabe/No contesta

2. ¿Podría indicar el motivo de seguir esta dieta? *Puede marcar más de una respuesta*

① para controlar su peso
② porque tiene colesterol
③ porque tiene azúcar o diabetes
④ porque tiene problemas de estómago
⑤ porque tiene problemas de vesícula o hígado
⑥ porque tiene problemas de tensión alta o de corazón
⑦ porque tiene problemas de riñón
⑧ porque tiene alergia a algunos alimentos
⑨ porque tiene ácido úrico o gota
⑩ porque es vegetariana
①① por otro motivo, ¿cual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

3. Desde la última entrevista ¿cómo ha cambiado su ingesta para los siguientes grupos de alimentos, con respecto a la del año antes del embarazo?

	Eliminado	↓	Igual	↑	Ns/Nc
a. Lácteos y derivados	①	②	③	④	⑨
b. Huevos	①	②	③	④	⑨
c. Carne	①	②	③	④	⑨
d. Pescado	①	②	③	④	⑨
e. Verduras	①	②	③	④	⑨
f. Legumbres	①	②	③	④	⑨
g. Frutas	①	②	③	④	⑨
h. Pan	①	②	③	④	⑨
i. Aceite de oliva	①	②	③	④	⑨
j. Mantequilla/margarina	①	②	③	④	⑨
k. Azúcar/dulces	①	②	③	④	⑨
l. Bebidas alcohólicas	①	②	③	④	⑨

4. ¿Con qué frecuencia come comidas fritas?

① A diario.
② 5-6 veces por semana.
③ 2-4 veces por semana.
④ 1 vez por semana.
⑤ Menos de 1 vez por semana. ⑨ Ns/Nc

5. ¿Cuándo come carne, cómo de hecha le gusta comerla?

① No como carne (*pasar a pregunta 9*)
② Cruda
③ Poco hecha
④ Hecha
⑤ Muy hecha. ⑨ Ns/Nc

6. ¿Qué hace Vd. con la grasa visible, cuando come carne?

① La quita toda.
② Quita la mayoría.
③ Quita un poco.
④ No quita nada. ⑨ Ns/Nc

7. ¿Cómo suele comer la carne

	Nunca	Veces al Mes	Semana	Día	Ns/Nc
a. A la plancha	___	___	___	___	___
b. A la parrilla (grill)	___	___	___	___	___
c. Asada (horno)	___	___	___	___	___
d. Frita en aceite	___	___	___	___	___
e. Guisada	___	___	___	___	___

8. ¿Cómo de frecuente come lo tostado o quemado de la carne?

① Nunca o menos de una vez al mes
② Una vez al mes
③ 2-3 veces al mes
④ 1 vez a la semana
⑤ 2 o más veces a la semana ⑨ Ns/Nc

9. ¿Cómo de frecuente come la parte tostada del pescado?

① Nunca o menos de una vez al mes
② Una vez al mes
③ 2-3 veces al mes
④ 1 vez a la semana
⑤ 2 o más veces a la semana ⑨ Ns/Nc

10. ¿Cómo de frecuente come el tostado (*socarrat*) de la paella?,

① Nunca o menos de una vez al mes
② Una vez al mes
③ 2-3 veces al mes
④ 1 vez a la semana
⑤ 2 o más veces a la semana ⑨ Ns/Nc

11. ¿Qué clase de grasa o aceite usa para:

	Mantequilla	Margarina	Ac.Oliva	Ac.Ol virgen	Ac. Veg	Mezcla Ac.
ALIÑAR	___	___	___	___	___	___
COCINAR	___	___	___	___	___	___
FREIR	___	___	___	___	___	___

ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO durante el embarazo *(desde la última entrevista)*

1. Desde la última entrevista, ¿podría indicarme Vd. cuántas horas al día suele dormir, incluida la siesta?

_ _ _ _ _ _ _ _ horas

2. ¿Cuántos minutos de siesta suele dormir al día?

_ _ _ _ _ _ _ _ _ min.

3. ¿Cuántas horas ve usted la televisión, a la semana? *(ajustar al número entero más cercano)*

_ _ _ _ _ _ _ _ horas

4. En su actividad en el trabajo u ocupación principal está...

① Casi siempre sentado
② Sentado la mitad del tiempo
③ Casi siempre de pie, quieto
④ Casi siempre caminando, levantando y llevando pocas cosas
⑤ Casi siempre caminando, levantando y llevando muchas cosas
⑥ Trabajo manual pesado

5. ¿Cuánto tiempo camina o hace bicicleta al día?

① Casi nunca
② Menos de 20 minutos al día
③ 20-40 minutos al día
④ 40-60 minutos al día
⑤ Entre 1 y 1 hora y media al día
⑥ Más de 1 hora y media al día

6. ¿Cuánto tiempo dedica a actividades o tareas en casa?

① Menos de 1 hora al día
② 1-2 horas / día
③ 3-4 horas / día
④ 5-6 horas / día
⑤ 7-8 horas / día
⑥ Más de 8 horas / día

7. En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedica a ver televisión, ordenador o leer?

① Menos de 1 hora al día
② 1 hora / día
③ 2 horas / día
④ 3 horas / día
⑤ 4 horas / día
⑥ 5-6 horas / día
⑦ Más de 6 horas / día

8. En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedica a hacer ejercicio o deporte

① Menos de 1 hora a la semana
② 1 hora / semana
③ 2 horas / semana
④ 3 horas / semana
⑤ 4-5 horas / semana
⑥ Más de 5 horas / semana

9. Considerando toda su actividad física (trabajo u ocupación principal, hogar y tiempo libre), ¿cómo se considera Vd.?

① **Sedentaria** (sentado casi siempre, sin actividad física, sin deporte, bajo cuidados).
② **Poco activa** (profesiones o actividades sentadas, amas de casa con electrodomésticos, escaso deporte).
③ **Moderadamente activa** (trabajos manuales, amas de casa sin electrodomésticos, deporte ligero, etc)
④ **Bastante activa** (trabajos o actividades de pie-andando, deporte intenso, etc.).
⑤ **Muy activa** (Trabajo muy vigoroso, deporte fuerte diario)
⑨ No sabe / no contesta

IDNUM

FINAL DE LA SEGUNDA ENTREVISTA (V_2)

RECOGIDA DE MUESTRAS PARA INMA	
Hora finalización del Cuestionario General, Laboral, Ambiental y CFA	|__|__| : |__|__|
CFA Nº 2 Realizado	Sí No
Si NO realizado CFA Nº 2 → Fecha Prevista	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Se le ha realizado la ECO3	Sí No
Si no, fecha prevista para la ECO3	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Recogida orina de la semana 32	Sí No
Fecha de la próxima visita a la Fe	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|
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. Él mismo 2. La mujer 3. Otros.....	|__|

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR