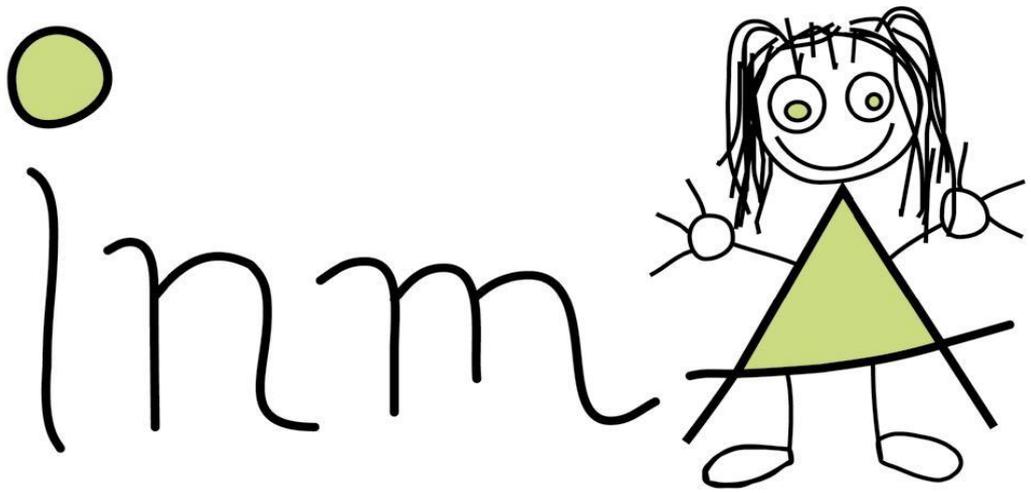


ID



Infancia y Medio Ambiente

NHC:

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono contacto: _____

CENTROS PARTICIPANTES

Universidad de Oviedo
Facultad Medicina
Unidad de Epidemiología Molecular



Hospital San Agustín - Avilés



Instituto Municipal de
Investigaciones Médicas



Fundación Parc Taulí



Ayuntamiento de
Sabadell



CUESTIONARIO GENERAL: VISITA DE INCLUSIÓN (V₁)

DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: |_|_|_|_|_|_|_|_| DNI:

TARJETA SANITARIA (SIP):.....

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA al que pertenece:

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (NSS):

Nº HISTORIA CLÍNICA DE SAN AGUSTÍN:

DIRECCIÓN ACTUAL

Calle	Nº	Piso	Puerta
-------	----	------	--------

Municipio	CP
-----------	----

Teléfono casa:	Teléfono trabajo:
----------------	-------------------

Teléfono(s) móvil(es):

e-mail:

Nº Teléfono de posibles contactos (familiares, amigos)

Parentesco:	Teléfono:	Móvil:
-------------	-----------	--------

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

IDPreinclusión:

FECHA ÚLTIMA REGLA:

FECHA PROBABLE DE PARTO:

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

S. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

S5. ¿Cuántos años lleva viviendo en su municipio actual? N° años **N° meses**

S5a

S5b

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

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, n°	Municipio/ Provincia/País	Desde (mes, año)	Hasta (mes, año)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

S8. ¿En qué zona del municipio vive usted?

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

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

P. DATOS SOBRE EL PADRE

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

P1
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)

- 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

P3

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)

- 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).....

P6

PL. HISTORIA LABORAL DEL PADRE

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

- 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

PL1

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

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

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

PL2

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

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

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

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										
b. Hipertensión en el embarazo										
c. Preeclampsia										
d. Eclampsia										
e. Diabetes gestacional										
f. Incompetencia cervical										
g. Otras, especificar										

RP3a

RP3b

RP3c

RP3d

RP3e

RP3f

RP3g

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

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

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 <input type="checkbox"/>	RE2.1 <input type="text"/>	RE3.1 <input type="checkbox"/>	RE4.1 <input type="text"/>	RE5.1 <input type="text"/>	RE6.1 <input type="checkbox"/>	RE7.1 <input type="checkbox"/>	RE8.1 <input type="text"/>	RE9.1 <input type="checkbox"/>	RE10.1 <input type="checkbox"/>
2	RE1.2 <input type="checkbox"/>	RE2.2 <input type="text"/>	RE3.2 <input type="checkbox"/>	RE4.2 <input type="text"/>	RE5.2 <input type="text"/>	RE6.2 <input type="checkbox"/>	RE7.2 <input type="checkbox"/>	RE8.2 <input type="text"/>	RE9.2 <input type="checkbox"/>	RE10.2 <input type="checkbox"/>
3	RE1.3 <input type="checkbox"/>	RE2.3 <input type="text"/>	RE3.3 <input type="checkbox"/>	RE4.3 <input type="text"/>	RE5.3 <input type="text"/>	RE6.3 <input type="checkbox"/>	RE7.3 <input type="checkbox"/>	RE8.3 <input type="text"/>	RE9.3 <input type="checkbox"/>	RE10.3 <input type="checkbox"/>
4	RE1.4 <input type="checkbox"/>	RE2.4 <input type="text"/>	RE3.4 <input type="checkbox"/>	RE4.4 <input type="text"/>	RE5.4 <input type="text"/>	RE6.4 <input type="checkbox"/>	RE7.4 <input type="checkbox"/>	RE8.4 <input type="text"/>	RE9.4 <input type="checkbox"/>	RE10.4 <input type="checkbox"/>
5	RE1.5 <input type="checkbox"/>	RE2.5 <input type="text"/>	RE3.5 <input type="checkbox"/>	RE4.5 <input type="text"/>	RE5.5 <input type="text"/>	RE6.5 <input type="checkbox"/>	RE7.5 <input type="checkbox"/>	RE8.5 <input type="text"/>	RE9.5 <input type="checkbox"/>	RE10.5 <input type="checkbox"/>
6	RE1.6 <input type="checkbox"/>	RE2.6 <input type="text"/>	RE3.6 <input type="checkbox"/>	RE4.6 <input type="text"/>	RE5.6 <input type="text"/>	RE6.6 <input type="checkbox"/>	RE7.6 <input type="checkbox"/>	RE8.6 <input type="text"/>	RE9.6 <input type="checkbox"/>	RE10.6 <input type="checkbox"/>
7	RE1.7 <input type="checkbox"/>	RE2.7 <input type="text"/>	RE3.7 <input type="checkbox"/>	RE4.7 <input type="text"/>	RE5.7 <input type="text"/>	RE6.7 <input type="checkbox"/>	RE7.7 <input type="checkbox"/>	RE8.7 <input type="text"/>	RE9.7 <input type="checkbox"/>	RE10.7 <input type="checkbox"/>
8	RE1.8 <input type="checkbox"/>	RE2.8 <input type="text"/>	RE3.8 <input type="checkbox"/>	RE4.8 <input type="text"/>	RE5.8 <input type="text"/>	RE6.8 <input type="checkbox"/>	RE7.8 <input type="checkbox"/>	RE8.8 <input type="text"/>	RE9.8 <input type="checkbox"/>	RE10.8 <input type="checkbox"/>
9	RE1.9 <input type="checkbox"/>	RE2.9 <input type="text"/>	RE3.9 <input type="checkbox"/>	RE4.9 <input type="text"/>	RE5.9 <input type="text"/>	RE6.9 <input type="checkbox"/>	RE7.9 <input type="checkbox"/>	RE8.9 <input type="text"/>	RE9.9 <input type="checkbox"/>	RE10.9 <input type="checkbox"/>
10	RE1.10 <input type="checkbox"/>	RE2.10 <input type="text"/>	RE3.10 <input type="checkbox"/>	RE4.10 <input type="text"/>	RE5.10 <input type="text"/>	RE6.10 <input type="checkbox"/>	RE7.10 <input type="checkbox"/>	RE8.10 <input type="text"/>	RE9.10 <input type="checkbox"/>	RE10.10 <input type="checkbox"/>

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

Tipo de Malformación/es _____

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

Edad (en días, meses o años) RE12a _____, causa de la muerte RE12b _____

RAC. ANTICONCEPTIVOS

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

- 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):

- 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?

- 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)

- 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?

- 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
2. Inyecciones	1	2	9
3. Anticonceptivos orales	1	2	9
4. Óvulos	1	2	9
5. Esponja con espermicida	1	2	9
6. Diafragma	1	2	9
7. Preservativo o condón	1	2	9
8. Retiro o coito interrumpido	1	2	9
9. Otros, especificar:	1	2	9

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

Fecha: | | | | | | | | | |

Día Mes Año

RAC3c. ¿Lo dejó de usar para quedarse embarazada?

- 1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

SI LA RESPUESTA ES SI PASAR A LA PREGUNTA RA3

RAC1 |

RAC1a |

RAC 2 |

RAC2a |

RAC3 |

RAC3a1 |

RAC3a2 |

RAC3a3 |

RAC3a4 |

RAC3a5 |

RAC3a6 |

RAC3a7 |

RAC3a8 |

RAC3a9 |

RAC3b | | | | | | | | | |

RAC3c |

RA. EMBARAZO ACTUAL

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

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

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

→ RA2bis. ¿desde qué fecha ha tenido usted relaciones sexuales sin protección antes de quedarse embarazada? (mes, año):

Observaciones:

¹NOTA: Posibles supuestos

1. Nunca ha utilizado método anticonceptivo (tampoco coitus interruptus) y tiene hijos: fecha del último parto o aborto.
2. Nunca ha utilizado método anticonceptivo (tampoco coitus interruptus) y no tiene hijos: fecha en la que inició relaciones sexuales sin protección.
3. No utilizaba método anticonceptivo (tampoco coitus interruptus) antes de este embarazo y no tiene hijos: fecha en que dejó el último anticonceptivo.

Comprobar si a lo largo del tiempo que va desde la fecha recogida en la pregunta RA2bis y la FUR ha mantenido relaciones sexuales sin protección; si ha habido algún periodo (mínimo de 1 mes) en los que no haya tenido relaciones sexuales: anotarlos en observaciones, si es posible con sus fechas correspondientes.

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

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

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

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

Kg

RA7. Talla en cm (medirla): cm

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

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

RA8a. ¿En qué mes del embarazo empezó?

RA8b. ¿Por cuánto tiempo? (en semanas)

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

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

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

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

RA9a. ¿En qué semana del embarazo?

RA9b. Fecha del episodio (mes, año)

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

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

RA10a. ¿Qué le diagnosticó el médico?

RA1

RA2

RA3

RA4

RA5

RA6

RA7

RA8

RA8a

RA8b

RA8c

RA9

RA9a

RA9b

RA10

RA10a

M. ANTECEDENTES MÉDICOS					
MF. ENFERMEDADES FAMILIARES					
MF1. En los últimos <i>seis meses</i> , ¿le han sido diagnosticadas por un médico enfermedades infecciosas a personas que conviven con usted (<i>tuberculosis, VIH, enfermedades exantemáticas víricas como rubéola, varicela, etc.</i>)?:					
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 <input type="checkbox"/>
b) De abortos repetidos		1	2	9	MF2.b <input type="checkbox"/>
c) De esterilidad (sin hijos)		1	2	9	MF2.c <input type="checkbox"/>
Si todas las respuestas son No , pase a MF5					
MF3. Especificar tipo de problema			MF4. Familiar afectado		
	MF3.1				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 <input type="checkbox"/>
b) Malformaciones congénitas		1	2	9	MF5.b <input type="checkbox"/>
c) Enfermedades graves		1	2	9	MF5.c <input type="checkbox"/>
Si todas las respuestas son No , pase a MC1					
MF6. Especificar tipo de problema			MF7. Familiar Afectado		
	MF6.1				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	
b. Enfermedades cardíacas	1	2	
c. Alteraciones de la coagulación sanguínea	1	2	
d. Enfermedades renales y suprarrenales	1	2	
e. Alteraciones de la glándula tiroides	1	2	
f. Tuberculosis	1	2	
g. Infección por VIH	1	2	
h. Ansiedad	1	2	
i. Depresión	1	2	
j. Afección del tracto urinario	1	2	
k. Enfermedad intestinal inflamatoria crónica	1	2	
l. Tumores del aparato reproductor	1	2	
m. Otras, especificar:	1	2	

MC1a MC2a
 MC1b MC2b
 MC1c MC2c
 MC1d MC2d
 MC1e MC2e
 MC1f MC2f
 MC1g MC2g
 MC1h MC2h
 MC1i MC2i
 MC1j MC2j
 MC1k MC2k
 MC1l MC2l
 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?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM1b

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).....

MM3a

MM3b. Fecha

MM3b

MM4. ¿Ha visitado al dentista durante este embarazo?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM4

MM4a. Motivo.....

MM4a

MM4b. Fecha

MM4b

MM5. ¿Tiene empastes en la boca?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM5

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

MM5a MM5b

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

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM6

MM6a. Indique la fecha

MM6a

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

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

MM7

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

MM7a. Indique la fecha

MM7a

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
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
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

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 San Agustín	Muestra Sangre ECO	Sí No Sí No
Si no, fecha prevista del SCREENING	Muestra Sangre ECO	□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□
Fecha de la próxima cita del hospital San Agustín (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		

CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO DE CAMBIO DE CASA

DIRECCIÓN ACTUAL (desde la fecha/...../.....)

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:
-------------	-----------	--------

CAMBIO DE DIRECCIÓN? ANOTAR EN PÁGINA ANTERIOR

CUESTIONARIO GENERAL: VISITA 28-32 (V₂)**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

FECHA DE LA ENTREVISTA	
HORA INICIO DE LA ENTREVISTA	
LUGAR DE LA ENTREVISTA	
ACOMPañANTE (<i>Indicar parentesco</i>)	
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 |__|_|_|_|_|_|? N° |__|_|**

HO1 |__|_|

HO2. ¿Cuántas visitas prenatales ha realizado en la consulta de un ginecólogo privado desde la última entrevista el |__|_|_|_|_|_|? N° |__|_|

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. Efferalgan	Dolor muscular			X				Médico	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>

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

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

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

D1

D1a

D1b

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

- 1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

D2a. Indique la fecha

D2

D2a

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

- 1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

D3a. Indique la fecha

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
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
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

CUESTIONARIO EXPOSICION LABORAL

1. ¿Cuál es su situación laboral actual?

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

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

Por:.....

1 |

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

- 1 Sí
 2 No
 9 Ns/Nc

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

2 |

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 / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 2 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 3 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 4 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 5 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 6 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 7 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 8 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 9 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 10 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			
TRABAJO 11 Desde / Hasta / <small>Mes Año</small>			

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 Año Mes Año
 4a 4b

4a

4b

5. En la empresa: Nombre/Sector

6. Con el puesto de trabajo:

5 6

(Podría indicarnos...)

7a. Modalidad de contrato:

- 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

7a

7b. Jornada de trabajo:

- 1 Tiempo parcial
- 2 Tiempo completo
- 9 Ns/Nc

7b

8. Horario de trabajo:

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

8

9. ¿Tiene/tenía que trabajar de pie?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/Nc

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

9

9a. ¿Durante cuánto tiempo?

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

9a

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

- 1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

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

10|__|

10b. ¿Con qué frecuencia?

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

10b|__|

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

- 1 Sí
2 No
9 Ns/Nc

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

11|__|

11b. ¿Con qué frecuencia?

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

11b|__|

	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	a1. Especificar naturaleza de la exposición:	20a	_____
	2	No	.....	20a1	.....
	9	Ns/Nc	.....	
			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	b1. Especificar naturaleza de la exposición:	20b	_____
	2	No	.....	20b1	.....
	9	Ns/Nc	.....	
			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	c1. Especificar naturaleza de la exposición:	20c	_____
	2	No	.....	20c1	.....
	9	Ns/Nc	.....	
			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: refineries y tratamiento del niquel, metalurgia, industria química, procesos de niquelado]	1	Sí	d1. Especificar naturaleza de la exposición:	20d	_____
	2	No	.....	20d1	.....
	9	Ns/Nc	.....	
			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	e1. Especificar naturaleza de la exposición:	20e	_____
	2	No	.....	20e1	.....
	9	Ns/Nc	.....	
			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	f1. Especificar naturaleza de la exposición:	20f	_____
	2	No	.....	20f1	.....
	9	Ns/Nc	.....	
			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	g1. Especificar naturaleza de la exposición:	20g	_____
	2	No	.....	20g1	.....
	9	Ns/Nc	.....	
			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	h1. Especificar naturaleza de la exposición:	20h1
	2	No	.....	.....
	9	Ns/Nc	.....	.....
			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	i1. Especificar naturaleza de la exposición:	20i1
	2	No	.....	.....
	9	Ns/Nc	.....	.....
			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	j1. Especificar naturaleza de la exposición:	20j1
	2	No	.....	.....
	9	Ns/Nc	.....	.....
			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	k1. Especificar naturaleza de la exposición:	20k1
	2	No	.....	.....
	9	Ns/Nc	.....	.....
			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	l1. Especificar naturaleza de la exposición:	20l1
	2	No	.....	.....
	9	Ns/Nc	.....	.....
			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)	} SI LA RESPUESTA ES NO o Ns/Nc PASAR A LA PREGUNTA 22		.....
2	No			.....
9	Ns/Nc			.....
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)			.....

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

CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL

CASA

1. Ha cambiado de domicilio desde el último cuestionario?

- 1 Sí
2 No

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

2. Edad de su casa en años:

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

3. ¿Cómo describiría su vivienda?

- 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?

- 1 Sí
2 No

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

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

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

- 1 Sí
2 No

7a. ¿Especificar número |_| y su(s) edad(es): |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| años.
1 2 3 4

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

- 1 Sí
2 No

8a. ¿Especificar número |_| y edades |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| años.
1 2 3 4

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

- 1 Sí
2 No

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

10. ¿Realiza usted habitualmente las tareas domésticas?

- 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?

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

1 |_|_|

1a |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

2 |_|_|

3 |_|_|

4 |_|_|

5 |_|_| |_|_|

6 |_|_| |_|_|

7 |_|_|

7a |_|_|

7a1 |_|_| 7a2 |_|_|

7a3 |_|_| 7a4 |_|_|

8 |_|_|

8a |_|_|

8a1 |_|_| 8a2 |_|_|

8a3 |_|_| 8a4 |_|_|

9 |_|_|

9a |_|_| |_|_|

10 |_|_|

10a |_|_|

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

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

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

- | | | | |
|---|------------|------------|---------------|
| a. Sal3n-comedor | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| b. Dormitorio (embarazada) | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| c. Cocina | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| d. Otras: (especificar)
(est3 bastante tiempo) | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| | | | |
| e. Otras: (especificar)
(est3 bastante tiempo) | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| | | | |

14. ¿Con qu3 frecuencia pasan coches por la calle donde se encuentra su casa?

- 1 Continuamente
- 2 Con bastante frecuencia
- 3 Poco
- 4 Pr3cticamente nunca

15. ¿Con qu3 frecuencia pasan veh3culos pesados (por ej. camiones/autobuses) por la calle donde se encuentra su casa (a excepci3n del servicio de recogida de residuos y el tranv3a)?

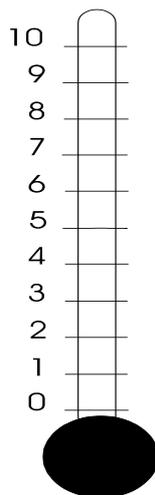
- 1 Continuamente
- 2 Con bastante frecuencia
- 3 Poco
- 4 Pr3cticamente nunca

16. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tr3fico pasa continuamente: metros

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 tr3fico pasa continuamente?

- 1 S3
- 2 No

18. ¿Hasta qu3 punto le molesta la contaminaci3n atmosf3rica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tr3fico, la industria etc.)?



Molestia insoportable

Ninguna molestia

11

12

13a

13b

13c

13d

13e

14

15

16

17

18

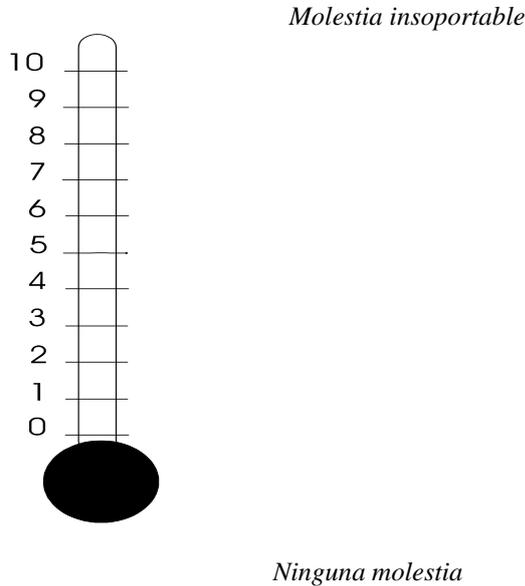
19. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa?

- 1 Mucho
- 2 Bastante
- 3 Poco
- 4 Nada

19|_|

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

20|_|_|



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?

- 1 Sí
- 2 No

22|_|

23. ¿Tiene animales en el domicilio?

- 1 Sí
- 2 No

23a. gatos: **perros:** **pájaros:** **otros:** (especificar)

23

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Manchas de humedad	1	2	1	2	1	2	24 b	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Doble cristal	1	2	1	2	1	2	24 c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Muñecos de peluche	1	2	1	2	1	2	24 d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Moqueta	1	2	1	2	1	2	24 e	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. Alfombras	1	2	1	2	1	2	24 f	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g. Si utiliza alfombras, ¿cuántos meses al año las pone?	<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		24 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h. Un suelo que no sea gres/baldosa	1	2	1	2	1	2	24 h	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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?

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

26

27. ¿Cuántos años tiene su colchón? años

27

28. ¿Duerme algún animal en su habitación?

- 1 Sí
- 2 No

28

28a. gatos: **perros:** **pájaros:** **otros:** (especificar)

28a1 28a2
28a3 28a4

COCINA

29. ¿Tiene extractor encima de la cocina?

- 1 Sí
- 2 No

29

30. Al cocinar ¿usa el extractor?

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

30

31. Tipo de cocina:

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

31

CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO

32. ¿Tiene calefacción central?

- 1 Sí
2 No

32

33. ¿Tiene aire acondicionado?

- 1 Sí
2 No

33

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
b. Gas butano	1	2	1	2	1	2
c. Gas propano	1	2	1	2	1	2
d. Gasoil	1	2	1	2	1	2
e. Eléctrica	1	2	1	2	1	2
f. Chimenea abierta al exterior	1	2	1	2	1	2
g. Estufa de carbón o madera	1	2	1	2	1	2
h. Otros.....	1	2	1	2	1	2

1 2 3

34a 34b 34c 34d 34e 34f 34g 34h

LIMPIEZA

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

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

35a 35b 35c 35d 35e 35f 35g 35h 35i 35j 35k 35l 35m 35n 35o

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

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

36

37. ¿Tiene aspirador/vaporetta?

- 1 Sí
2 No

37

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

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

37a

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

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

38a 38b 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	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
c. Loción repelente	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
d. Otros	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4

39aa1 39aa2 39ab1 39ab2 39ac1 39ac2 39ad1 39ad2

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

1. Sí
2. No

39b1

.....

.....

39b

39b1.....

39 bis1. ¿ Utiliza velas o ha estado en un lugar en el que hubiera alguna encendida?

- 1 Sí
2 No
- 1.1 Frecuencia \geq 1 vez por semana
1.2 Esporádicamente

39 bis2. ¿ Utiliza incienso o ha estado en un lugar en el que hubiera encendido?

- 1 Sí
2 No
- 2.1 Frecuencia \geq 1 vez por semana
2.2 Esporádicamente

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

- 1 Sí
2 No

40 a. ¿Qué superficie tiene? _____ m²

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

- 1 Sí
2 No

40b.1 ¿Con qué frecuencia?

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

40b.2 Fumiga usted misma:

- 1 Siempre
2 A veces
3 Nunca

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

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

- 1 Sí
2 No

40b.4a ¿Dónde los guarda?

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

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

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

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

- 1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 42

41a. ¿A qué distancia?

- 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)?

- 1 Sí
2 No

42a. ¿A qué distancia?

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

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

- 1 Sí
2 No

43a.1 ¿Polígono o zona industrial?.

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

43a.3 ¿A qué distancia? _____ metros

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

1. Sí
2. No

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

43b.2 ¿A qué distancia? _____ metros

40 _____

40a _____

40b _____

40b.1 _____

40b.2 _____

40b.3 _____

40b.4 _____

40b.4a _____

40b.4b

41 _____

41a _____

42 _____

42a _____

43 _____

43a.1 _____

43a.2

43a.3 _____

43b _____

43b.1

43b.2 _____

44. ¿Ha fumado a lo largo de su vida?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA

44|

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

- 1 Fuma diariamente
- 2 Fuma pero no diariamente
- 3 No fuma aunque antes fumaba diariamente
- 4 No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente

PASAR A LA PREGUNTA 45a

PASAR A LA PREGUNTA 45d

44b|

Fuma en la actualidad:

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

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

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

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 46

45a| | | |

45b| | |

45c|

45c.1 ¿Cuándo cambió?

- 1 Antes de quedar embarazada
- 2 Durante el embarazo.

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

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

45c.1| | |

45c.2|

45c.3| | | |

No fuma en la actualidad, fumaba anteriormente:

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

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

45f. ¿Dejó de fumar por el embarazo?

- 1 Sí
- 2 No

45f.1 ¿Cuándo dejó de fumar?

- 1 Antes de quedar embarazada
- 2 Durante el embarazo.

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

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

45d| | |

45e| | |

45f|

45f.1|

45f.2|

45f.3| | | |

46. ¿Fuma alguien en casa?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 47

46|

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

46a| | | (1)| | |

(2)| | | (3)| | |

46b| | | (1)| | |

(2)| | | (3)| | |

46c| | | | | |

46d| | | (1)| | |

(2)| | | (3)| | |

46e| | | (1)| | |

(2)| | | (3)| | |

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

- 1 Mucho
- 2 Bastante
- 3 Poco
- 4 Nada
- 5 No trabaja

47

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

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 49

48

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?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

48a.1

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?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

48b.1

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?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

48c.1

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

49

- 1 Sí
- 2 No

49a ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

49a

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?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

50a.1

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?

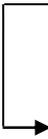
- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

50b.1

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 embarazo 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)?

- 1 Sí
2 No

SI LA REPSUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 54

51

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)

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

52

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	
<i>Ej: crema (nutraderm®)</i>	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 <input type="checkbox"/> 53c.1 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 53c.2 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 53c.3 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 53c.4 <input type="checkbox"/>
			53a.5 53b.5 <input type="checkbox"/> 53c.5 <input type="checkbox"/>

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)

- 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
 - 2 Semana 14-26
 - 3 Semana 27 en adelante.....

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)

- 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 bebe en su residencia durante el embarazo? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

- 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?

- 1 Sí → Indicar tipo: _____
- 2 No 57a.1

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

- 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?

- 1 Sí → Indicar tipo: _____
- 2 No 58a.1

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

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

60. ¿Cuál es el origen principal del agua que consume fuera de casa (en su trabajo, en casa de familiares) durante el embarazo? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

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

61. ¿Cómo se asea habitualmente durante el embarazo?

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

54

55-1

55-2

55-3

56

57

57a

57a1

58

58a

58a1

59

60

61

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?

- 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 ECOLÓGICOS U ORGÁNICOS?

- 1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA

66a ¿Con qué frecuencia?

- 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?

- 1 Sí
2 No

67

67a ¿con qué frecuencia?

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

67a

68. ¿Utiliza teléfono móvil?

- 1 Sí
2 No

68

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 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69a.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
b. Exterior			69b.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69b.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
c. En otros edificios (centros comerciales, lugares públicos)			69c.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69c.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
d. Desplazándose (al trabajo, compra, con los niños, otros familiares..)			69d.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69d.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
e. Exterior (paseando, en un parque...)			69e.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69e.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
En su vivienda			
f. Interior de la casa			69f.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69f.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
g. Exterior de la casa			69g.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69g.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
h. En interior de otras casas			69h.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69h.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
Total			69i.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69i.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>

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 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70a.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
b. Bicicleta			70b.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70b.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
c. Motocicleta o ciclomotor			70c.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70c.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
d. Coche o taxi			70d.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70d.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
e. Autobús o tranvía			70e.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70e.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
f. En tren o metro			70f.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70f.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>

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

- 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 <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	72a.1 <input type="checkbox"/> 72b.1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	72a.2 <input type="checkbox"/> 72b.2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	72a.3 <input type="checkbox"/> 72b.3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	72a.4 <input type="checkbox"/> 72b.4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	72a.5 <input type="checkbox"/> 72b.5 <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

FINAL DE LA SEGUNDA ENTREVISTA (V₂)

RECOGIDA DE MUESTRAS PARA INMA	
Hora finalización del Cuestionario General, Laboral, Ambiental y CFA	|_| : |_|_|
CFA Nº 2 Realizado	<u>Sí</u> No
Si NO realizado CFA Nº 2 → Fecha Prevista	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Se le ha realizado la ECO3	<u>Sí</u> No
Si no, fecha prevista para la ECO3	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Recogida orina de la semana 32	Sí No
Fecha de la próxima visita a Hospital San Agustín	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
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	