# Cuestionario del Banco de Tejidos

Print

## (1 de 15) Datos demográficos

		_		
Número de consentimiento informado:	HISPBB	-	-	

#### ¿Está en la actualidad recibiendo tratamiento para el cáncer?

O Sí O No

1. Sexo / Edad	O Hombre O Mujer
Fecha de nacimiento	
2. Raza ¿Cuál de estos grupos diría usted que representa mejor su raza? (Marque sólo una opción).	Blanco Negro o afroamericano Asiático Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico Indio Americano o nativo de Alaska No lo sé/ No estoy seguro Prefiero no contestar Otro grupo. Especificar:
3. ¿Se considera usted Hispano o Latino?	○ Sí ○ No
4. Dirección residencial	*Calle 1: Calle 2:  *Ciudad:  *Estado:  *Código postal:
5. País de procedencia	-Choose your country-
6. Estado civil	Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Relación consensual Viuda
7. Nivel escolar	Hasta 8.º grado De 8.º a 12.º grado Escuela vocacional Grado asociado Bachillerato Maestría Doctorado Otro
8. Ocupación actual	Tiempo: (años) (Si es menos de 1 año, escriba 1)
9. Empleo anterior	Tiempo: (años) (Si es menos de 1 año, escriba 1)

	10. Exposición ocupacional	I						
	Productos químicos	O Sí O No ¿C	uáles?					
	Sílice	O Sí O No						
	Asbestos	◯ Sí ◯ No						
	Desechos industriales	O Sí O No ¿C	uáles?					
	Construcción	O Sí O No						
	Otros							
(2	de 15) Antecedo	entes personales	s de c	áncer				
	11. ¿Cuánto pesa usted	!?			libras			
	12. ¿Cuál es su estatur	a?			pies pulgadas			
	13. ¿Alguna vez le ha dicho Coloque una marca (	un médico que usted tien de cotejo () en la siguiente		a de las siç	guientes infecciones	5?		
	Infección			Sí / No				mera infección nco si no se acuerdo)
	Hepatitis (No conozco e	el tipo.)		□ (No c	onozco el tipo.)			
	Hepatitis A			○ Sí (	) No			
	Hepatitis B			○ Sí (	○ No			
	Hepatitis C			○ Sí (	○ No			
	Algún tipo del virus del	papiloma humano (VPI	1)	○ Sí (	O No			
	Sida / VIH			○ Sí (	○ No			
	Helicobacter pylori (ca	usante de úlceras)		O Sí (	○ No			
	14. ¿Alguna vez le ha dicho Sí No 15. Si respondió que sí, ¿qu					ente tabla). Si re:	spondió que no,	vaya a la pregunta 18.
	Tipo de cáncer		(-1:		Tratamiento que	e recibe para el	cáncer	
	1. Anal				Radioterapia	Quimioterap	ia 🔲 Cirugía	Ninguno
	2. Vejiga				Radioterapia	☐ Quimioterap	ia 🗌 Cirugía	Ninguno

Tipo de cáncer	Edad a la que se le diagnosticó (-1: desconocido)	Tratamiento que recibe para el cáncer				
3. Cerebro		☐ Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
4. Seno		Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
5. Tumor carcinoide/Tumor endocrino		Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
6. Cuello uterino		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
7. Colon o recto		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
8. Endometrio o uterino		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
9. Esófago		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
10. Vesícula		Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
11. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
12. Linfoma de Hodgkin		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
13. Riñón		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
14. Leucemia		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
15. Hígado		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
16. Pulmón		Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
17. Melanoma		☐ Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
18. Mieloma múltiple/Tumor de las células plasmáticas		Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
19. Linfoma no hodgkiniano		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
20. Cavidad bucal		Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
21. Ovario		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
22. Pancreático		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
23. Próstata		Radioterapia	Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno	
24. Otros		Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía	Ninguno	
16. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o profesional  Sí  No  17. ¿A qué órgano o parte del cuerpo se ha metastat	·			·	tes del cuerpo?	
Al hígado Al cerebro Al pulmón	A los huesos	A otra parte	Especificar:			

### (3 de 15) Antecedentes de cáncer en la familia

OSí ONo

18. ¿Se le ha diagnosticado cáncer a alguno de estos familiares consanguíneos?

Familiar		Tipo de cáncer / Edad a la que	se le diagnosticó (-1: descon	nocido)
1. Madre		-Tipo de cáncer-	/	
2. Padre		-Tipo de cáncer-	1	
3. Hermana(s)		-Tipo de cáncer-	1	
4. Hermano(s)		-Tipo de cáncer-	/	
5. Hija(s)		-Tipo de cáncer-	/	
6. Hijo(s)		-Tipo de cáncer-	/	
7. Abuela materna		-Tipo de cáncer-	/	
8. Abuelo materno		-Tipo de cáncer-	/	
9. Tía materna		-Tipo de cáncer-	/	
10. Tío materno		-Tipo de cáncer-	/	
11. Abuela paterna	ı	-Tipo de cáncer-	/	
12. Abuelo paterno	)	-Tipo de cáncer-	/	
13. Tía paterna		-Tipo de cáncer-	/	
14. Tío paterno		-Tipo de cáncer-	/	
15. Otros		-Tipo de cáncer-	/	
	entes pregunta	<b>cohol y tabaco</b> s referentes a su consumo medio de sebida.	bebidas alcohólicas.	
¿Bebe ahora o ha bebido en el pasado cerveza o licor de malta (bebidas de 12 onzas)?	O Nunca O Solía beb O Bebo.	er pero ya no. / Lo dejé.	¿Alrededor de cuántas beb	idas consumía o consume por semana?
¿Bebe ahora o ha bebido en el pasado vino o refrescos con alcohol, como wine cooler (bebidas de 6 onzas)?	O Nunca O Solía beb O Bebo.	er pero ya no. / Lo dejé.	¿Alrededor de cuántas beb	iidas consumía o consume por semana?

¿Bebe ahora o ha bebido en el pasado licor (Por ejemplo, ron, whisky, scotch; bebidas de 1 onza)?	<ul><li>Nunca</li><li>Solía beber pero ya no. / Lo dejé.</li><li>Bebo.</li></ul>	¿Alrededor de cuánta	s bebidas consumía o consume por semana?
0. ¿Usa en la actuali	dad o ha usado en el pasado alguno de estos	s productos de tabaco todos los di	ías, todas las semanas o todos los meses?
Tabaco de mascar	Sí, en la actualidad Sí, pero lo dejé. No	¿Cuántas veces a la SEMANA ¿Durante cuántos años?	?
Rapé (snuff o dip)	Sí, en la actualidad Sí, pero lo dejé. No	¿Cuántas veces a la SEMANA ¿Durante cuántos años?	?
Pipa	Sí, en la actualidad Sí, pero lo dejé. No	¿Cuántas veces a la SEMANA ¿Durante cuántos años?	?
Cigarros	Sí, en la actualidad Sí, pero lo dejé. No	¿Cuántas veces a la SEMANA ¿Durante cuántos años?	?
toda su vida? (Si contestó que n	sted al menos 100 cigarrillos (son unas !		O Sí O No
23. ¿Aproximadan	s tenía usted cuando empezó a fumar cig nente durante cuántos años en total ha 1 es en que dejó de fumar durante un mes	fumado cigarrillos?	Fumé durante años
24. Por término m	edio, ¿cuántos cigarrillos fumó o fuma p	oor día?	cigarrillos por día
25. ¿Todavía fuma	a cigarrillos?		○ Sí ○ No
26. Si contestó qu	e no, ¿cuánto tiempo hace que lo dejó?		años meses o
de 15) Activ	idad física guna de las siguientes actividades físicas? Fa	way da llagay la siguiante tabla	

Actividades	Frecuencia	ı		
Correr	O A diario	O Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Caminar	O A diario	O Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Nadar	O A diario	O Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Ejercicios aeróbicos	O A diario	O Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Levantamiento de pesas	O A diario	O Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente

Actividades	Frecuencia	
Bicicleta	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca o rar	amente
Gimnasia	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca o rar	amente
Otros	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca o rar	amente
8. ¿Cómo describe usted	su nivel de actividad? Favor de hacer una marca de cotejo ()	en la siguiente tabla.
Nivel de actividad		0
1. Activo, sin restriccio	ones.	0
2. Con restricciones. N capaz de trabajar.	o puedo realizar actividades extenuantes, pero soy	0
3. Ambulatorio, pero n	o soy capaz de realizar ninguna actividad de trabajo.	0
4. Parcialmente confin	ado a una silla de ruedas o cama.	0
5. Completamente inca	apacitado, totalmente confinado a silla de ruedas o	0
cama.		
cama.		
cama.		
de 15) Calidad		O Tranquilo(a) O Mucha energía
de 15) Calidad	de vida	○ Tranquilo(a)
de 15) Calidad (29. ¿Cómo se siente us	de vida	O Tranquilo(a) O Mucha energía O Desalentado(a)
de 15) Calidad (29. ¿Cómo se siente us 30. ¿Cómo se ha sentic	de vida sted en este momento?	O Tranquilo(a) O Mucha energía O Desalentado(a)
de 15) Calidad (29. ¿Cómo se siente us 30. ¿Cómo se ha sentic	de vida sted en este momento? do usted en las últimas 4 semanas?	Tranquilo(a) Mucha energía Desalentado(a) Triste
cama.  de 15) Calidad ( 29. ¿Cómo se siente us 30. ¿Cómo se ha sentio 31. ¿Ha presentado us	de vida sted en este momento? do usted en las últimas 4 semanas?	O Tranquilo(a) O Mucha energía O Desalentado(a) O Triste
cama.  de 15) Calidad (29. ¿Cómo se siente us 30. ¿Cómo se ha sentio 31. ¿Ha presentado us 31. ¿Ha presentado	de vida  sted en este momento?  do usted en las últimas 4 semanas?  ted en los últimos 3 meses algún problema de salud?  iza sus actividades sociales?	Tranquilo(a) Mucha energía Desalentado(a) Triste  Sí No Explique cuál: Sí No
cama.  de 15) Calidad (29. ¿Cómo se siente us 30. ¿Cómo se ha sentio 31. ¿Ha presentado us 32. ¿Su salud obstacul	de vida  sted en este momento?  do usted en las últimas 4 semanas?  ted en los últimos 3 meses algún problema de salud?  iza sus actividades sociales?	Tranquilo(a) Mucha energía Desalentado(a) Triste  Sí No Explique cuál: Sí No Excelente Muy buena
cama.  de 15) Calidad (29. ¿Cómo se siente us 30. ¿Cómo se ha sentio 31. ¿Ha presentado us 32. ¿Su salud obstacul	de vida  sted en este momento?  do usted en las últimas 4 semanas?  ted en los últimos 3 meses algún problema de salud?  iza sus actividades sociales?	Tranquilo(a) Mucha energía Desalentado(a) Triste  Sí No Explique cuál: Sí No

Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.

Diagnóstico	Sí / No
Depresión	◯ Sí ◯ No
Demencia	○ Sí ○ No
Esquizofrenia	◯ Sí ◯ No
Déficit de atención	○ Sí ○ No
Trastorno maníaco-depresivo	◯ Sí ◯ No

Diagnóstico			Sí / No		
Trastorno obsesivo-compulsivo			◯ Sí ◯ No		
Otros:			O Sí O	No	
7 de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses a Favor de hacer una marca de cotejo () en	alguno de los siguientes		olament	e) <b>o</b>	
Problemas		Sí / No			
Dolor al orinar		O Sí O No			
Dificultad para comenzar a orinar		O Sí O No			
Sangrado en la orina		O Sí O No			
Sensación de que la vejiga no se ha vac orinar	iado del todo luego d	le O Sí O No			
¿Orina cada dos horas o menos durante	el día?	O Sí O No			
¿Se levanta varias veces a orinar en la i	noche?	O Sí O No			
Problemas de próstata  Prosatitis		Sí / No			
Próstata agrandada o hipertrofia benigi	na prostática	O Sí O No	○ Sí ○ No		
Recomienda una biopsia de la próstata		O Sí O No	○ Sí ○ No		
37. ¿Se le ha hecho alguna vez un tacto rectal?	O Sí O No	Cuándo:		Resultado:	
38. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del antígeno prostático específico (PSA)?	O Sí O No	Fecha del último labo	ratorio:	Resultado:	
39. ¿Alguna vez ha presentado usted problemas de disfunción eréctil?					
8 de 15) Antecedentes de cár 40. ¿Ha presentado usted alguna vez problem O Sí O No 41. ¿Ha presentado usted en los últimos 3 me Favor de hacer una marca de cotejo () en	nas del tubo digestivo? eses los siguientes sínto	mas?			
Síntomas			Sí / No		
Cambios en los hábitos de evacuación			O Sí O	No.	

Síntomas	Sí / No
Cambios en el color de las heces	○ Sí ○ No
Estreñimiento	○ Sí ○ No
Deposiciones finas	◯ Sí ◯ No
Sangre en las heces	◯ Sí ◯ No
Heces negras o pegajosas	◯ Sí ◯ No
42. Si ha tenido sangrado rectal alguna vez, ¿cómo lo describe?	◯ Sí ◯ No
	O No sé O Sangrado rojo brillante O Melena (heces negras)
43. Si alguna vez tuvo sangrado rectal, ¿presentó dolor?	○ Sí ○ No
44. ¿Le ha recomendado su médico o profesional de la salud que se haga el examen de sangre oculta en las heces?	◯ Sí ◯ No
45. Resultados del examen de sangre oculta en las heces:	Negativo     Positivo
46. ¿Se le ha hecho alguna vez un tacto rectal?	O Sí O No O Hace 5 años o más Cuándo:
47. ¿Se le ha hecho alguna vez una sigmoidoscopia o colonoscopia?	O Si O No Cuándo:
Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.	
Resultado	Sí / No
Todo normal	○ Sí ○ No
Úlceras	◯ Sí ◯ No
Tumor	○ Sí ○ No
Divertículos	◯ Sí ◯ No
Colitis	○ Sí ○ No
Fístulas	◯ Sí ◯ No
Hemorroides internas	○ Sí ○ No
Pólipos	◯ Sí ◯ No
48. ¿Se le realizó una biopsia durante la sigmoidoscopia o la colonoscopia? Si respondió que sí, ¿cuáles fueron los resultados?	Sí No Resultado:

Ť

. ¿Alguna vez ha tenido anemia?	○ Sí ○ No		
. calgula vez ha temuo anemia:	Niveles de hemoglobina:		
le 15) Antecedentes de cáncer de ovario (mu	vieres salamento)		
le 13) Antecedentes de Cancer de Ovario (inc	geres solalitence)		
¿Ha presentado usted algunos de estos problemas ginecológicos en los Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.	últimos 3 meses?		
Problemas ginecológicos	Sí / No		
. Ciclos menstruales irregulares	○ Sí ○ No		
. Pérdida o aumento significativo de peso	○ Sí ○ No		
3. Inflamación abdominal	○ Sí ○ No		
. Malestar pélvico	○ Sí ○ No		
5. Sangrado vaginal	○ Sí ○ No		
5. Dolor en la espalda inexplicable que empeora con el tiempo	○ Sí ○ No		
7. Aumento de la circunferencia del abdomen	○ Sí ○ No		
. ¿Ha presentado algunos de estos síntomas gastrointestinales? Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.  Síntomas gastrointestinales	Sí / No		
	·		
Aumento en la producción de gases	O Sí O No		
2. Inapetencia	○ Sí ○ No		
3. Indigestión	○ Sí ○ No		
I. Náuseas, vómitos	○ Sí ○ No		
5. Distensión abdominal	○ Sí ○ No		
6. Aumento en la frecuencia de orinar	○ Sí ○ No		
7. Otros			
52. ¿Con que frecuencia visita usted a su ginecólogo?	<ul><li>Cada 6 meses</li><li>Todos los años</li><li>Con menos frecuencia que todos los años</li></ul>		

O Sí O No Resultado:

O Sí O No Resultado:

56. ¿Pidió su médico alguna de las siguientes pruebas de diagnóstico?

54. ¿Se ha hecho previamente un examen pélvico? Si respondió que sí, ¿cuáles fueron los resultados?

55. ¿Alguna vez se le ha hecho un tacto rectal? Si respondió que sí, ¿cuáles fueron los resultados?

53. ¿Cuándo fue la última vez que fue al ginecólogo?

O Sí O No

Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.

Pruebas de diagnóstico	Sí / No	Mes / Año		Resultado (#: Por fa	vor ingrese un número válido)	
1. CA 125	O Sí O No		-	#	U/mL	
2. Alfafetoproteína	O Sí O No		-	#	ng/mL	
3. GCH cuantitativa	O Sí O No		-	#	mIU/mL	
4. Sonograma	O Sí O No		-			
5. Enema de bario	O Sí O No		-			
6. Pielograma intravenoso	O Sí O No		-			
prueba de Papanicolau? S que sí, ¿cuáles fueron los	57. ¿Se ha hecho una citología o prueba de Papanicolau? Si respondió que sí, ¿cuáles fueron los resultados?  Más reciente Resultado:			-		
para la terundad?		¿Cuáles?:	200?:			
*: Optional)			, obstétr	icos y hormona	les (mujeres solamente) 📿	
59. ¿A qué edad tuvo su ¡	orimera mens					
60. ¿Cada cuántos días ti		ruación?	*			
	ene el ciclo m		* Cada	días		
61. ¿Cuántos días le dura				días		
61. ¿Cuántos días le dura 62. ¿Ha sangrado alguna menstruales?	el sangrado?	enstrual?	* Cada	días		
62. ¿Ha sangrado alguna	el sangrado? vez entre per	enstrual? iodos	* Cada	días		
62. ¿Ha sangrado alguna menstruales?	el sangrado? vez entre per	enstrual? iodos	* Cada	días		
62. ¿Ha sangrado alguna menstruales?	el sangrado? vez entre per la menstruaci	enstrual? iodos	* Cada	días No No do que sí, ¿Por qué?		
62. ¿Ha sangrado alguna menstruales? 63. ¿Le da dolor durante	el sangrado? vez entre per la menstruaci ero (matriz)?	enstrual? íodos ón?	* Cada  *  * Sí  * Sí  Sí  Sí  Si  contestó	días  No  No  que sí, ¿Por qué?		
62. ¿Ha sangrado alguna menstruales? 63. ¿Le da dolor durante 64. ¿Le han quitado el úto	el sangrado?  vez entre per la menstruaci  ero (matriz)?	enstrual? íodos ón?	* Cada  *  * Sí  Sí  Sí  Sí  Contestó  ¿A qué edac	días  No  No  lo  que sí, ¿Por qué?		
62. ¿Ha sangrado alguna menstruales?  63. ¿Le da dolor durante  64. ¿Le han quitado el úto  65. ¿Alguna vez ha tenido	el sangrado?  vez entre per la menstruaci  ero (matriz)?  o endometrios  mediante ciru	iodos ion?	* Cada  *  * Sí  Sí  Sí  Si contestó ¿A qué edac  Sí  N	días  No  No  lo que sí, ¿Por qué?  d?  lo  do  ¿A qué edad?		

69. ¿Por qué	razón se los quitaron?	
70. ¿A qué e	dad le quitaron los ovarios?	
71. ¿Estaba	usted en la menopausia?	○ Sí ○ No
72. ¿Está pas	sando por la etapa de la menopausia?	◯ Sí ◯ No
73. ¿A qué edad comenzaron los síntomas de la menopausia?		años
74. ¿Toma h	ormonas recetadas por su médico?	◯ Sí ◯ No
		¿Cuáles?
		¿Para qué son?
7E iSo base	una mamografía todos los años?	
	una mamografía todos los años?	○ Sí ○ No
76. ¿Cuando	se le hizo la última mamografía?	<u>-</u>
	Antecedentes de embarazo	•
	do usted alguna vez embarazada?	O Sí O No
78. ¿Cuántas	s veces ha estado embarazada?	Vivos: Muertos:
		Abortos:
79. ¿A qué e	dad tuvo su primer embarazo?	años
80. ¿A qué e	dad tuvo su primer hijo/a?	años
81. ¿Cuántos	s hijos/as ha tenido?	
82. ¿Usted h	a lactado a sus bebés?	○ Sí ○ No
83. ¿Durante cu	uanto tiempo lactó a cada bebé?	
Bebé	Semanas / Meses	
1.0	/	
2.0	/	
3.0	[	
4.0	/	
5.0	/	
6.º	/	
7.0	/	
8.0	/	

Bebé	Semanas / I	Semanas / Meses			
9.0		/			
10.0		/			
84. ¿Tomó usted e durante sus emba		○ Sí ○ No			
85. ¿Alguna vez h métodos anticonc		○ Sí ○ No			
		¿Cuáles?			
		¿A qué edad?	años		
		¿Durante cuán	to tiempo?	años (Si los tomó 6 meses, escriba 0.5)	
86. ¿Qué métodos anticonceptivos u actualidad?	s tiliza en la		, Otro:		
11b de 15) Ante		e cáncer de	seno en la familia		
tipo de cáncer de miembro de su fai de llenar la siguie	seno a algún milia? Favor	O SI O NO			
Familiar	¿Tenía cán	icer? (Sí/No)	Tipo de cáncer de seno	¿A qué edad se diagnosticó el cáncer?	Vivo o muerto
1. Madre	○ Sí ○ N	lo			
2. Padre	O Sí O N	lo			
3. Hermana(s)	O Sí O N	lo			
4. Hermano(s)	O Sí O N	lo			
5. Hija(s)	O Sí O N	lo			
6. Hijo(s)	O Sí O N	lo			
7. Abuela materna	O SÍ O N	0			
8. Abuelo materno	O SÍ O N	lo			
9. Tía materna	O Sí O N	lo			
10. Tío materno	O Sí O N	lo			
11. Abuela paterna	a OSí ON	lo			
12. Abuelo paterno	o OSÍ ON	lo			
13. Tía paterna	O Sí O N	lo			
14. Tío paterno	O Sí O N	lo			

15. Otros

◯ Sí ◯ No

# (12 de 15) Antecedentes de exposición a radiación

88. ¿Ha estado expuesto a tratamiento por radiación?

O Sí O No

ndiación	Sí / No	¿Cuándo recibió la radiación?	¿A qué edad?
. Tuberculosis (TB)	◯ Sí ◯ No		
. Columna vertebral	O Sí O No		
. Tórax	◯ Sí ◯ No		
. Abdomen	○ Sí ○ No		
. Acné	◯ Sí ◯ No		
. Timo (glándula situada en parte superior del hueso calizado entre los senos)	○ Sí ○ No		
. Linfoma no Hodgkin células cancerosas en el stema linfático)	O Sí O No		
. Cuello	O Sí O No		
. Fluoroscopia (estudio de os órganos en movimiento)	◯ Sí ◯ No		
0. Indique otros lugares no nencionados	O Sí O No		
de 15) Antecedente	s de nutrición		
¿Actualmente lleva algún tipo do Sí No	e dieta?	le normalmente ingiere.	
¿Actualmente lleva algún tipo do Sí No	e dieta?	-	
¿Actualmente lleva algún tipo do Sí No No Cuáles?	e dieta? rasas saturadas y/o vegetales qu	ensual	
¿Actualmente lleva algún tipo do Sí No No ¿Cuáles? Favor de marcar en la tabla las g	rasas saturadas y/o vegetales qu	ensual O Nunca	
¿Actualmente lleva algún tipo de Sí No No ¿Cuáles? Favor de marcar en la tabla las g Grasas saturadas  Aves (p. ej., pollo)	rasas saturadas y/o vegetales qu  A diario / Semanal / M  A diario O Semanal	ensual O Nunca	
¿Actualmente lleva algún tipo de Sí No  ¿Cuáles?  Favor de marcar en la tabla las g  Grasas saturadas  Aves (p. ej., pollo)  "Fast Food"	a dieta?  Tasas saturadas y/o vegetales quadratio / Semanal / M  A diario / Semanal / M  A diario O Semanal	Mensual	
¿Actualmente lleva algún tipo de Sí No  ¿Cuáles?  Favor de marcar en la tabla las g  Grasas saturadas  Aves (p. ej., pollo)  "Fast Food"  Carne de cerdo	A diario / Semanal / M  A diario / Semanal / M  A diario O Semanal  A diario O Semanal  A diario O Semanal	Mensual Nunca  Mensual Nunca  Mensual Nunca	
¿Actualmente lleva algún tipo de Sí No No ¿Cuáles? Favor de marcar en la tabla las g Grasas saturadas  Aves (p. ej., pollo)  "Fast Food"  Carne de cerdo  Mantequilla	A diario / Semanal / M  A diario / Semanal / M  A diario O Semanal  A diario O Semanal  A diario O Semanal  A diario O Semanal  A diario O Semanal	Mensual Nunca  Mensual Nunca  Mensual Nunca  Mensual Nunca  Mensual Nunca	

Grasas saturadas	A diario / Semanal / Mensual
Manteca	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Aceites vegetales	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Productos lácteos	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Tocineta	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Papas fritas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Carnes rojas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Otros	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Vegetales	A diario / Semanal / Mensual
Brócoli	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Zanahoria	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Coliflor	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Espinacas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Lechuga	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Tomate	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Espárrago	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Remolacha	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Habichuelas tiernas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Calabaza	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Pepinillo	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Plátanos	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Habichuelas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
Otros	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca
91. En los últimos cinco (5) años, ¿ha tomado vitaminas o minerales?	○ Sí ○ No
92. ¿Actualmente está usted tomando vitaminas o minerales?	○ Sí ○ No
93. ¿Con qué frecuencia toma las vitaminas o minerales?	O A diario O Semanal O De vez en cuando
94. ¿Cuál de las siguientes vitaminas	y minerales toma usted? Marque todo lo que corresponda:
Vitaminas	Sí / No

O Sí O No

1. Multivitaminas

Vitaminas	Sí / No				
2. Vitamina A	O Sí O	No			
3. Vitamina B	O Sí	No			
4. Vitamina C	O Sí	○ Sí ○ No			
5. Vitamina E	O Sí	○ Sí ○ No			
6. Calcio	O Sí	No			
7. Betacaroteno	O Sí	No			
8. Otros					
		O Sí O No	Edad	Año	
. Asma		○ Sí ○ No	Edad	Año	
. Bronquitis crónica		O Sí O No	Edad	Año	
. Enfisema		O Sí O No	Edad	Año	
. Neumonía		O Sí O No	Edad	Año	
. Rinitis polínica (fiebre	del heno)	O Sí O No	Edad	Año	
. Eccema o dermatitis		O Sí O No	Edad	Año	
El humo pasivo es el hum	o de los cigarrillos de o	tras personas.	en su casa, en el trabajo o en sitios	de ocio.	
Alguna vez ha estado ex	puesto al humo del c	igarrillo de otra perso	na?		
en casa	<ul><li>Nunca o ir</li><li>¿Cuántos año</li></ul>		el pasado sí 🔘 En la actualidad s	í	
en el trabajo	O Nunca o ir	nfrecuentemente O En	el pasado sí O En la actualidad s	í	

¿Cuántos años? 3. ...en lugares de ocio\* O Nunca o infrecuentemente O En el pasado sí O En la actualidad sí ¿Cuántos años?

\*Los lugares de ocio donde por regla general puede estar expuesto al humo del cigarrillo de otras personas son restaurantes, bares, casinos, autos, etc.

97. Indique qué materiales o sustancias específicas puede haber manipulado, usado o tocado durante al menos 8 horas por semana durante un año o más. Puede ser en el trabajo o por afición.

1. Asbestos	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?
2. Arena, sílice, polvo de concreto, tormentas de polvo	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?

pintura, tolueno, xileno	¿Cuántos años?					
4. Arsénico	Nunca o infrecuentemo	ente 🔘 En el pasado :	sí 🔘 En la actualidad sí			
5. Cromo o níquel	O Nunca o infrecuentemo	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
6. Cadmio	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?					
7. Berilio	O Nunca o infrecuentemo	ente O En el pasado	sí 🔘 En la actualidad sí			
8. Radón, uranio	Nunca o infrecuentemo	ente O En el pasado	sí 🔘 En la actualidad sí			
9. Benceno	Nunca o infrecuentemo	ente O En el pasado	sí 🔘 En la actualidad sí			
98a. ¿Alguna vez ha usado o está usa  Sí  No  98b. Si contestó que sí, ¿qué producto	·					
1. Pastillas	○ Nunca ○ En el pasa ¿Cuántos meses lleva usá		lad sí			
2. Chicle de nicotina	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
3. Parche de nicotina	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
4. Tableta de nicotina	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
5. Pulverizador nasal o inhalador oral (por pulverización o aerosol)	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
99. Uso actual y pasado de medicame	entos:					
¿Ha tomado alguna vez alguno d durante seis meses o más?	e los siguientes fármaco	s o medicamentos co	n regularidad, es decir, <u>al menos u</u>	na vez por semana		
Nombre de la medicina	Edad a la que empezó a tomarlo	Número de pastillas por semana	Todavía la tomo o ya la dejé	Edad a la que dejó de tomarla		
1. AINE o NSAIDS (por sus siglas en inglés)	S		O Todavía la tomo O Ya no la tomo			
(antiinflamatorios no esteroides Ejemplos: Aleve, Motrin, Bayer, aspirina, ibuprofeno, Tylenol, Celebrex	)					

O Nunca o infrecuentemente O En el pasado sí O En la actualidad sí

3. Diluyentes, disolventes de

Nombre de la medicina	Edad a la que empezó a tomarlo	Número de pastillas por semana	Todavía la tomo o ya la dejé	Edad a la que dejó de tomarla
2. ESTATINAS (medicamentos para bajar los lípidos)			O Todavía la tomo O Ya no la tomo	
Ejemplos: Baycol, Crestor, Lipitor, Zocor				
3. Medicina para el asma			O Todavía la tomo	
Ejemplos: albuterol, Prednisona, Advair, Combivent, Symbicort			Ta no la tomo	
4. Medicina para la diabetes:			O Todavía la tomo	
Ejemplos: metformina ( <i>metformin</i> ), Glucotrol, Prandin, Humalog, Novalog			Ta no la como	
5. Otros medicamentos que tome #1			O Todavía la tomo O Ya no la tomo	
6. Otros medicamentos que tome			O Todavía la tomo	

# (15 de 15) Nombre, dirección y teléfono del médico que le atendió

100. Nombre, dirección y teléfono del médico que le atendió:

Nombre	
Teléfono	
Otra información de contacto (correo electrónico, fax, etc)	
Dirección	Calle 1: Calle 2: Ciudad: Estado: Código postal: País