



Estudio de los Factores genéticos, medioambientales y de estilo de vida asociados a la longevidad en Castilla y León

CUESTIONARIO DE SALUD, ESTILO DE VIDA Y MEDIOAMBIENTE

No. Registro: PEGAR ETIQUETA Nº LABORATORIO	Nombre CIP SNS CIP Aut. Sexo	Fecha de nacimiento						
Código de UBF: Médico de F.: Enfermera/o:	Centro:	<table border="1"><tr><td>Centinela</td><td>Colaborador</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Centinela	Colaborador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centinela	Colaborador							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Acude a la consulta/es visitado: <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. Firma Consentimiento Informado: <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. Toma de muestra biológica: <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.								
Motivo de que no acuda a la consulta/visita: <input type="checkbox"/> No localizado. <input type="checkbox"/> Negativa de la persona o familiar. <input type="checkbox"/> No citado por deterioro físico, terminal. <input type="checkbox"/> No citado por trastorno cognitivo avanzado. <input type="checkbox"/> Fallecido. <input type="checkbox"/> Otras. Especificar en observaciones. • En estos casos se tratarán de cumplimentar los apartados A y B del formulario								
Cuestionario: <input type="checkbox"/> Cuestionario completo. <input type="checkbox"/> Solo apartados A y B.								
Observaciones:								

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Dirección General de Salud Pública
Servicios Territoriales de Sanidad

**Consejería de Sanidad
Junta de Castilla y León**



A. DATOS PERSONALES

1. Lugar de nacimiento:
 - 1.1. Localidad:.....
 - 1.2. provincia:.....
 - 1.3. País:.....
2. Residencia:
 - En su domicilio con su familia (cónyuge, hijos o familiares).
 - En su domicilio solo.
 - En el domicilio de su familia (domicilio de hijos o familiares).
 - En una residencia de personas mayores. Año de ingreso: _____
3. Estado civil:
 - Soltero/a.
 - Casado/ compañero.
 - Viudo/a.
 - 3.1.1. Año viudedad: _____
 - Separado/divorciado.
 - 3.1.2. Año separación divorcio: _____
4. Cuidador:
 - Sin cuidador.
 - Cónyuge.
 - Hijos.
 - Cuidador no familiar remunerado.
 - En residencia.

B. VALORACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD GENERAL

5. Índice de BARTHEL (actual o de los últimos 6 meses):_____
6. La persona presenta algún tipo de deterioro cognitivo:
 - No.
 - Leve.
 - Moderado.
 - Severo.
7. Relación de enfermedades crónicas que padece o ha padecido:
 - 7.1.
 - 7.2.
 - 7.3.
 - 7.4.
 - 7.5.
 - 7.6.
8. Relación de enfermedades infecciosas (TB, Fiebre tifoidea, polio, brucelosis, exantemáticas de la infancia etc...) que refiera haber padecido:
 - 8.1.
 - 8.2.
 - 8.3.
 - 8.4.
 - 8.5.
 - 8.6.



9. Relación de intervenciones quirúrgicas que refiera haber tenido:
- 9.1.
9.2.
9.3.
9.4.
9.5.
9.6.
10. Tratamiento farmacológico o de soporte (oxigenoterapia y similares) que recibe de manera crónica (los 6 más relevantes). Indique principio activo o especialidad:
- 10.1.
10.2.
10.3.
10.4.
10.5.
10.6.
11. Ha ingresado en un hospital en el último año:
 Sí. No.
- 11.1. Cuántas veces: _____

C. ESTADO DE SALUD GENERAL AUTOPRECIBIDO (o percibida por el familiar/cuidador en relación a la edad)

12. Encuestado:
 La persona seleccionada del estudio.
 La persona del estudio con un familiar.
 La persona del estudio con un cuidador.
 Un familiar exclusivamente parentesco: _____
 El cuidador exclusivamente.
13. En general, usted diría que su salud¹ es:
 Excelente.
 Muy buena.
 Buena.
 Regular.
 Mala.

CUESTIONARIO EQ-5D-3L²

14. Movilidad:
 No tengo problemas para caminar.
 Tengo algunos problemas para caminar.
 Tengo que estar en la cama.
15. Cuidado-Personal:
 No tengo problemas con el cuidado personal.
 Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo.
 Soy incapaz de lavarme o vestirme solo.

¹ Valoración de la persona. Si no es posible, del familiar o del cuidador de acuerdo a la respuesta de la anterior pregunta

² <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>



16. Actividades de todos los días (ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre):

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días.
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días.
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días.

17. Dolor/Malestar:

- No tengo dolor ni malestar.
- Tengo moderado dolor o malestar.
- Tengo mucho dolor o malestar.

18. Ansiedad/Depresión:

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a.
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a.
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a.

19. ¿Tiene alguna dificultad, incluso con gafas, para ver de cerca (coser), leer el periódico o una revista, o ver la televisión?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

20. ¿Tiene alguna dificultad, incluso con gafas, para reconocer a gente que se cruza por la calle?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

21. En general, ¿usted tiene dificultades para oír?

- Ninguna.
- Alguna.
- Moderada.
- Severa.

22. ¿Usa audífono?

- Sí.
- No.

23. En general, ¿cómo considera usted la calidad de su sueño por la noche?

- Muy buena.
- Buena.
- Regular.
- Mala.
- Muy mala.
- NS/NC.

24. Si la respuesta es mala o muy mala, ¿Desde cuándo duerme mal?

Años: _____ / Meses: _____

25. En general, usted diría que la salud de su boca es:

- Muy buena.
- Buena.
- Regular.
- Mala.
- Muy mala.
- NS/NC.

26. ¿Tiene dificultad para comer por problemas en la boca?

- Mucha.
- Bastante.
- Alguna.
- Ninguna.
- NS/NC.

EXPLORACION:

27. Peso actual: _____

28. Peso en la etapa de su vida adulta:

- Igual.
- Más gordo.
- Más delgado.



29. Talla actual: _____

30. PAS/PAD actual: _____ / _____

31. ¿Toma o ha tomado pastillas para la TA?:

- Sí. No.

**(Remeita la última analítica que tenga de la persona que contenga el perfil lipídico)
Si no dispone de analítica reciente y la muestra que va a tomar es de sangre, solicítela al laboratorio.**

A RELLENAR SOLO POR LAS MUJERES:

32. Edad a la que empezó con la menstruación: _____

33. Edad a la que se le retiró la menstruación: _____

34. Número de embarazos: _____

- 34.1. Ha dado lactancia a alguno de sus hijos Sí. No.

35. ¿Ha tenido algún aborto espontáneo?: _____

- 35.1. En caso afirmativo ¿cuántos?: _____

D. ACTIVIDAD LABORAL, ESTILO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN

TRABAJO Y EJERCICIO FÍSICO

36. ¿Cuál fue su profesión o actividad laboral habitual o en la que estuvo más tiempo trabajando?

.....

37. ¿Qué tipo de ejercicio implicaba su trabajo o actividad habitual?

- Sentado la mayor parte del tiempo.
 De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos.
 Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes.
 Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico.

38. ¿Está satisfecho con el trabajo que realizó en su vida laboral?

- Nada.
 Un poco.
 Regular.
 Bastante.
 Mucho.

39. ¿Una vez jubilado realizaba alguna actividad física regular?

- No. ninguna.
 Si, caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes.
 Si, trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico.

40. ¿Qué tipo de ejercicio físico hacía en su tiempo libre?

- No hacía ejercicio. Mi tiempo libre era casi completamente sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.).
 Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.).
 Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
 Entrenamiento físico varias veces a la semana.



41. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en la actualidad en su tiempo libre?

- No hago ejercicio. Mi tiempo libre es casi completamente sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)
- Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)
- Actividad física regular varias veces a la semana.

TABACO

42. Ha sido Ud. Fumador.

	Cigarros	Puros	Pipa
42.1 Diariamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.2 Ocasionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.3 Nunca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. ¿Qué tipo de tabaco y cantidad fumaba usted cada día?

- 43.1 Cigarros: ____
43.2 Puros: ____
43.3 Pipa: ____

44. ¿A qué edad empezó usted a fumar?

Cigarros Puros Pipa
Edad en años: _____

45. ¿A qué edad dejó usted al hábito de fumar?

Cigarros Puros Pipa
Edad en años: _____

ALCOHOL

46. Habitualmente, ¿qué cantidad de alcohol consumía?

46.1. Vino: ¿Tomaba vino en las comidas? Sí. No.
46.1.1. ¿cuántos vasos (10cl)?

46.2. ¿Tomaba algún vino fuera de las comidas? Sí. No.
46.2.1. ¿cuántos vasos (10cl)?

46.3. Cerveza: ¿Tomaba cervezas a diario? Sí. No.
46.3.1. ¿cuántas cervezas (33cl)?

46.4. ¿Toma cervezas el fin de semana? Sí. No.
46.4.1. ¿cuántas cervezas (33cl)?

46.5. Copas: ¿Tomaba alguna copa a diario? Sí. No
46.5.1. ¿cuántas copas (4cl)?

46.6. ¿Tomaba alguna copa el fin de semana? Sí. No.
46.6.1. ¿cuántas copas (4cl)?



ALIMENTACIÓN

47. ¿Con que frecuencia comía usted en una semana normal los alimentos que figuran a continuación?

	0 días	1-2 días	3-5 días	6-7 días
Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne magra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes grasas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado azul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta, arroz, patatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan, cereales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales integrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lácteos enteros(leche, queso, yogur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lácteos semi o desnatados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras grasas (manteca, mantequilla, aceites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar (en café, té, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repostería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulces (galletas, mermeladas.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. ¿Cuántas tazas de café o té tomaba normalmente al día? _____

49. ¿Ha sufrido a lo largo de su vida algún tipo de privación? (respuesta múltiple).

	En la niñez	En la edad adulta	Actualidad
Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recursos económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



E. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

50. ¿Dónde ha residido usted, por periodos superiores a un año, desde su nacimiento? (especifique su provincia de residencia, el tiempo que ha residido en ella y el tamaño del municipio donde residió). Indíquelo en orden cronológico, del más antiguo al más actual.

Residencia principal (provincia y país)	Duración (nº de años)	Tamaño*
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

*Tamaño del municipio de residencia: indicar en la tabla el código que corresponda al tamaño:

1. Menos de 1.000 hab.
2. De 1.000 a 10.000 hab.
3. De 10.000 a 50.000 hab.
4. De 50.000 a 500.000 hab.
5. Más de 500.000 hab.

51. ¿Cuáles son sus estudios oficiales de más alto nivel que ha alcanzado?

- Estudios primarios (graduado escolar) o Formación Profesional de 1º grado.
- Bachillerato Superior o Formación Profesional de 2º grado.
- Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería técnica.
- Licenciatura, Arquitectura o Ingeniería.
- Ninguno.

52. ¿Cuáles son los estudios oficiales de más alto nivel que han alcanzado **sus hijos**?

- Estudios primarios (graduado escolar) o Formación Profesional de 1º grado.
- Bachillerato Superior o Formación Profesional de 2º grado.
- Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnica.
- Licenciatura, Arquitectura o Ingeniería.
- Ninguno.

53. Pensión que cobra actualmente:

- Ninguna o no contributiva.
- Hasta 1000 euros/mes.
- De 1000 a 1500 euros/mes.
- De 1500 a 2000 euros/mes.
- Más de 2000 euros/mes.

54. Recibe soporte asistencial social público (asistencia social, ayuda económica etc.).

- Sí.
- No.



F. ANTECEDENTES E HISTORIA FAMILIAR

55. Número de hijos (se excluyen los adoptados):.....

56. Número de hermanos (al menos de un parente biológico):.....

57. ¿Relación de enfermedades conocidas de padres, hermanos e hijos?

	Padre	Madre	Hermanos (cualquiera)	Hijos (cualquiera)
1
2
3
4
5
6

58. Edades y causas de defunción.

	Familiar	Lugar nacimiento*(provincia y país)	Edad actual	Edad de fallecimiento**	Causa de fallecimiento***
Padres	Padre	.....	.....	.....	.....
	Madre	.....	.....	.....	.....
Abuelos	Abuelo materno	.....	.....	.....	.....
	Abuela materna	.....	.....	.....	.....
	Abuelo paterno	.....	.....	.....	.....
	Abuela paterna	.....	.....	.....	.....
	Hermano 1	.....	.....	.....	.....
Hermanos	Hermano 2	.....	.....	.....	.....
	Hermano 3	.....	.....	.....	.....
	Hermano 4	.....	.....	.....	.....
	Hijo 1	.....	.....	.....	.....
Hijos	Hijo 2	.....	.....	.....	.....
	Hijo 3	.....	.....	.....	.....
	Hijo 4	.....	.....	.....	.....

Añada más hermanos o hijos a continuación:.....

* Se refiere al origen de la familia si el lugar de nacimiento fue 'accidental'.

** Medir en intervalos es posible (joven, <65, >=65 >=80).

*** (De accidente, guerra, del corazón, de cáncer, de trombosis, edad avanzada...).



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública



59. ¿Tiene algún otro familiar vivo (tío, primo etc. de los mismos ancestros, no políticos), mayor de 90 años?

- Sí. No.
-

Fecha cumplimentación:/..... /

OBSERVACIONES:

Muchas gracias por cumplimentar el cuestionario. No olvide hacer copia del mismo antes de remitirlo, y adjuntar el CI y copia de la última analítica de sangre y orina de la que disponga.