

10. ¿Cuántas tazas de **café o té** toma normalmente al día? _____

TABACO

11. Actualmente, ¿usted **fuma** a diario, ocasionalmente o nunca?

	Cigarros	Puros	Pipa
1. Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Qué **tipo de tabaco y cantidad** fuma usted cada día?

Cigarros _____
 Puros _____
 Pipa _____

13. En caso de no ser actualmente fumador, ¿**ha fumado alguna vez?**

	Cigarros	Puros	Pipa
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿A que **edad empezó** usted a fumar?

	Cigarros	Puros	Pipa
Edad en años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. ¿A que **edad dejó** usted al hábito de fumar?

	Cigarros	Puros	Pipa
Edad en años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ALCOHOL

16. Habitualmente, ¿qué cantidad de **alcohol** consume?

Vino:

¿Toma vino en las comidas?

Sí, ¿cuántos vasos (10cl)?
 No

¿Toma algún vino fuera de las comidas?

Sí, ¿cuántos vasos (10cl)?
 No

Cerveza:

¿Toma cervezas a diario?

Sí, ¿cuántas cervezas (33cl)?
 No

¿Toma cervezas el fin de semana?

Sí, ¿cuántas cervezas (33cl)?
 No

Copas:

¿Toma alguna copa a diario?

Sí, ¿cuántas copas(4cl)?
 No

¿Toma alguna copa el fin de semana?

Sí, ¿cuántas copas (4cl)?
 No

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO

17. ¿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.		

*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.

18. ¿Tiene usted **hijos?** (no incluya los hijos adoptados)

SI, ¿cuántos? _____
 NO

19. ¿Tiene algún **hermano/a** (con el que usted comparta al menos un padre o madre biológico)?

SI
 ¿Cuántos hermanos? _____
 ¿Cuántas hermanas? _____
 NO
 NO SABE

20. ¿Tiene algún hijo, hermano... con alguna **discapacidad intelectual?**

SI. Indique parentesco: _____
 Tipo de discapacidad: _____
 Grado (>33%, <60%, >65%) _____
 NO

IDIOMAS

21. ¿Cuál es la **lengua** (o lenguas) que usted aprendió en su infancia y que aún puede entender?

- 1. Castellano
- 2. Catalá
- 3. Euskara
- 4. Galego
- 5. Alemán
- 6. Inglés
- 7. Francés
- 8. Otros (especifique) _____

22. ¿Qué **otros idiomas** habla o comprende?

- 1. Inglés
- 2. Francés
- 3. Alemán
- 4. Portugués
- 5. Italiano

- 6. Otros (especifique) _____

ESTUDIOS

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

- 1. Estudios primarios (graduado escolar)
- 2. Formación Profesional de 1º grado
- 3. Formación Profesional de 2º grado
- 4. Bachillerato Superior (BUP, bachillerato, LOGSE, COU, PREU)
- 5. Diplomatura, arquitectura o ingeniería técnica
- 6. Licenciatura, arquitectura o ingeniería
- 7. Doctorado
- 8. Ninguno

CUESTIONARIO GENEALÓGICO:

		NACIMIENTO			FALLECIMIENTO
		Lugar (provincia y país)	Tamaño del municipio*	Edad actual	Edad de fallecimiento
Padres	Donante				
	Padre				
	Madre				
Abuelos	Abuelo materno				
	Abuela materna				
	Abuelo paterno				
	Abuela paterna				

*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. Mayores de 500.000 hab.

ENFERMEDADES

24. ¿Sufre o ha sufrido usted alguna enfermedad relevante?

- Sí
 No

25. ¿Han sufrido sus padres o abuelos alguna enfermedad relevante?

- Sí
 No

26. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 24 y/o 25, ¿Cuál ha sido el tipo de enfermedad que padeció o padecieron usted o sus familiares?, Señale con una X y especifique las enfermedades al final de la tabla.

	Usted	Madre	Padre	Abuelo materno	Abuela materna	Abuelo paterno	Abuela paterna
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>						
Tumores	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades endocrinas	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades mentales o del comportamiento	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>						
Alteraciones oculares	<input type="checkbox"/>						
Alteraciones auditivas	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades circulatorias o del corazón	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades arteriales o venosas	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades respiratorias o pulmonares	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades de los huesos	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades autoinmunes	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>						
Enfermedades del aparato digestivo	<input type="checkbox"/>						

Por favor, especifíquelas: (Para contestar a esta pregunta puede ayudarse de la lista de enfermedades recogidas al final de este cuestionario)

1. Usted: _____
2. Madre: _____
3. Padre: _____
4. Abuelo materno: _____
5. Abuela materna: _____
6. Abuelo paterno: _____
7. Abuela paterna: _____

LISTA DE ENFERMEDADES:**Enfermedades infecciosas:**

fiebre de malta
tuberculosis
encefalopatía espongiiforme
hepatitis
SIDA
otros

Tumores (cáncer):

de piel o melanoma
de pulmón
de mama
de ovarios, útero
de próstata
de boca y lengua
de esófago
de colon o intestino
de estómago
de hígado
de páncreas
de riñón
cerebral o de médula espinal
leucemias o linfomas
mieloma múltiple
otros

Enfermedades de la sangre:

hemofilia
otros

Enfermedades endocrinas:

bocio
diabetes mellitus
hipertiroidismo
hipotiroidismo
síndrome de Addison
enfermedad de Hashimoto
otros

Enfermedades mentales o del comportamiento:

esquizofrenia
Alzheimer
parkinson
demencia senil
autismo
dislexia
depresión
otros

Enfermedades del sistema nervioso:

esclerosis múltiple
esclerosis lateral amiotrófica
epilepsia
migraña
otros

Alteraciones oculares:

glaucoma
miopía

astigmatismo
hipermetropía
estrabismo
cataratas
degeneración macular
otros

Alteraciones auditivas:

congénitas (de nacimiento)
adquiridas por enfermedad
adquirida por accidente

Enfermedades circulatorias o del corazón:

hipertensión
infarto de miocardio
angina de pecho
aneurisma
arteriosclerosis
derrame cerebral
otros

Enfermedades arteriales o venosas:

varices
otras

Enfermedades respiratorias o pulmonares:

asma
bronquitis crónica
neumonía
fibrosis quística
otros

Enfermedades de los huesos:

osteoporosis
artritis
artrosis
otros

Enfermedades congénitas:

síndrome de Down
otros

Enfermedades autoinmunes:

artritis reumatoide
lupus eritematoso
tiroideas
otras

Enfermedades de la piel:

Psoriasis
pénfigo
otros

Enfermedades del aparato digestivo:

pólipos intestinales
úlcera gástrica / duodenal
colitis ulcerosa
enfermedad del Crohn
otras