

ID PARTICIPANTE: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

1r TRIMESTRE

Fecha de hoy: /\_/ /\_/ /\_/ /

## EXPOSICIÓN AMBIENTAL

Antes de empezar con esta serie de preguntas, queríamos agradecerle su participación en el estudio. No hace falta que conteste todo el cuestionario seguido, puede ir rellenándolo por partes en su tiempo libre o cuando desee.

Le agradeceríamos que conteste las preguntas con total sinceridad, los datos son completamente confidenciales y nunca se podrán conectar sus respuestas con su identidad personal.

Nos gustaría hacer una mención previa para que todo el cuestionario se entienda mejor:

En algunas preguntas nos referimos a “su actual embarazo” y queremos decir “durante el tiempo que hace desde que se quedo embarazada”, es decir, más o menos desde hace unos 3 meses. Algunas respuestas las va a tener que escribir, mientras que otras son de tipo opción, algunas de una sola opción y otras de múltiple opción.

Para cualquier duda quedamos a su disposición. ¡Muchas gracias!

### 1.CASA

H1. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta ciudad?

|\_|\_| Años y/o |\_|\_| Meses

H2. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en su dirección actual?

|\_|\_| Años y/o |\_|\_| Meses

H2b. ¿Cuál es su dirección actual?

	Tipo de calle	Nombre de la calle	Número, piso y puerta	Municipio	Código Postal
<i>Ejemplo:</i>	<i>Passeig</i>	<i>Gràcia</i>	<i>23, atico 1ra</i>	<i>Barcelona</i>	<i>08007</i>

Si lleva viviendo en su actual dirección menos de 12 meses, escriba las otras direcciones donde ha vivido en los últimos 12 meses:

	Tipo de calle	Nombre de la calle	Número, piso y puerta	Municipio	Código Postal	Desde:	Hasta:
<i>Ejemplo:</i>	<i>Passeig</i>	<i>De Gràcia</i>	<i>23, atico 1ra</i>	<i>Barcelona</i>	<i>08007</i>	<i>21/03/2015</i>	<i>13/11/2016</i>
Anterior dirección 1							
Anterior dirección 2							

Anterior dirección 3							
----------------------	--	--	--	--	--	--	--

**H9. De media, mientras vive en su domicilio actual, ¿cuantos días al mes suele pasar fuera de este domicilio?**

|\_\_\_|Días/Mes

**H3. Edad de su casa en años: Del edificio donde se encuentra su casa**

1.  < 10
2.  10-30
3.  30-50
4.  >50
9.  No lo sé/Prefiero no contestar

**H4. Número de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza ni balcones):**

1. |\_\_\_| m<sup>2</sup>
9.  No lo sé/Prefiero no contestar

**H5. Número de personas que viven en su casa actual (incluida usted):**

|\_\_\_| Personas

**H6. ¿Cuáles son las características de las personas que viven en su hogar/alojamiento?**

*Excluyendo a usted y a su esposo/pareja. Si no conoce la edad exacta, por favor, proporcione la mejor estimación*

	Edad (años)	Sexo	Relación con su futuro bebé	Tiempo viviendo en el domicilio
Persona 1	___	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	___  años  ___  meses
Persona 2	___	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	___  años  ___  meses
Persona 3	___	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	___  años  ___  meses

Persona 4	____	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	____  años  ____  meses
Persona 5	____	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	____  años  ____  meses
Persona 6	____	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	____  años  ____  meses
Persona 7	____	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	____  años  ____  meses
Persona 8	____	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	____  años  ____  meses
Persona 9	____	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	____  años  ____  meses
Persona 10	____	1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> Hombre	1. <input type="checkbox"/> Hermano/a 2. <input type="checkbox"/> Abuelo/a 3. <input type="checkbox"/> Tío/Tía 4. <input type="checkbox"/> Primo/a 5. <input type="checkbox"/> Otro/Especificar:  _____	____  años  ____  meses

## 2. ALÉRGENOS EN CASA

**H7. ¿Tiene animales en el domicilio?**

1.  Sí (Ir a H8)
2.  No (Ir a GS2)

**H8. Si su respuesta a H7 es Sí, ¿Cuántos animales tiene, dónde viven y con qué frecuencia se pone en contacto con ellos? Seleccione *todo* lo que corresponda**

	Número	Donde viven (principalmente)	Frecuencia de contacto
Gato(s)		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia
Perro(s)		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia
Cobaya/hámster/ratón, etc.		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia
Conejo(s)		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia
Canario(s) u otros pájaros		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia
Gallina(s) u otras aves de corral		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia
Pez(eces)		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia
Otros/Especificar: _____		1. <input type="checkbox"/> Interior del domicilio 2. <input type="checkbox"/> Exterior del domicilio	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> 3-6 veces/semana 3. <input type="checkbox"/> 1-2 veces/semana 4. <input type="checkbox"/> Menos frecuencia

### 3. ACCESO A ESPACIOS VERDES

**GS2. ¿Hay algún espacio verde (parque, bosque, campo de agricultura, jardín, etc.) a menos de 15 minutos andando de su hogar y dónde pueda acceder libremente?**

1.  Sí (Ir a GS2b)  
2.  No (Ir a GS3)  
9.  No lo sé (Ir a GS3)

**GS2b. Si su respuesta a GS2 es Sí, ¿Va allí con regularidad?**

1.  Sí  
2.  No

**GS3. ¿Cuánto verdor (árboles, césped, flores, etc.) puede usted ver a través de las siguientes ventanas?**

	No hay verdor/No hay ventana	Un cuarto	La mitad	Tres cuartos	Todo verdor
Dormitorio (padres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormitorio (bebé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GS4. ¿Con qué frecuencia (durante el día) mira a través de la(s) siguiente(s) ventana(s)?**

	Raramente	A veces	A menudo	No hay ventana
Dormitorio (padres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormitorio (bebé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GS5. ¿Puede ver verdor (árboles, césped, flores, etc.) desde alguna ventana de su lugar de trabajo?**

1.  Sí (Ir a GS5b)
2.  No (Ir a GS6)
3.  Mi lugar de trabajo no tiene ninguna ventana (Ir a GS6)
4.  No trabajo fuera de casa (Ir a GS6)

**GS5b. Si su respuesta a GS5 es Sí, ¿Qué cantidad de la vista en la ventana de su lugar de trabajo está cubierta por verdor?**

1.  Un cuarto
2.  La mitad
3.  Tres cuartos
4.  Todo verdor

**GS5c. Si su respuesta a GS5 es Sí, ¿Con qué frecuencia (durante el día) mira a través de esa(s) ventana(s)?**

1.  A menudo
2.  A veces
3.  Raramente

**GS6. ¿Tiene plantas de interior en su hogar?**

1.  Sí (Ir a GS6b)
2.  No (Ir a N1)

**GS6b. Si su respuesta a GS6 es Sí, ¿Cuántas macetas tiene en el interior de su casa?**

|\_\_\_\_| Unidades

## 4.RUIDO

### PERCEPCIÓN DEL RUIDO

N1. La siguiente pregunta es una escala de opinión del 1 al 6 sobre si está o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones. Si usted no está nada de acuerdo con la afirmación escoja 1, si está totalmente de acuerdo escoja 6, si se encuentra en una situación intermedia, escoja un número entre 1 y 6.

Afirmación	No estoy nada de acuerdo					Sí, estoy totalmente de acuerdo
1. No pasa nada si alguien sube al máximo el volumen de su música de vez en cuando.	1	2	3	4	5	6
2. Me despierto fácilmente con el ruido	1	2	3	4	5	6
3. Me molesta cuando mis vecinos hacen ruido.	1	2	3	4	5	6
4. Me acostumbro a la mayoría de los ruidos sin demasiada dificultad.	1	2	3	4	5	6
5. A veces los ruidos me ponen nervioso y me irritan.	1	2	3	4	5	6
6. Hasta la música que normalmente me gusta, me molesta si estoy intentando concentrarme	1	2	3	4	5	6
7. Me resulta difícil relajarme en un lugar ruidoso.	1	2	3	4	5	6
8. Me concentro bien sin importar lo que ocurra a mi alrededor.	1	2	3	4	5	6
9. Me enfado con la gente que hace ruidos que no me dejan dormir ni hacer mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
10.Soy sensible al ruido	1	2	3	4	5	6

## MOLESTIA DEL RUIDO

A continuación se da una escala de opinión de cero a diez para que usted pueda expresar en qué cuantía le molesta o perturba el ruido. Por ejemplo, si usted está “absolutamente nada” molesto por el ruido deberá escoger el cero, y si usted está “extremadamente” molesto deberá escoger el diez. Tomando en consideración todo el tiempo desde que se quedó embarazada, indique qué número del cero al diez expresa mejor la cuantía en que usted está molesto o perturbado por el ruido producido por las siguientes fuentes. Indique también si la fuente del ruido es habitual o no.

### N2. Cuando se encuentra en su casa, durante el día:

	Absolutamente nada											Extremadamente molesto	¿Es habitual?
Transito de coches	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Trenes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Actividades de ocio (vecinos, bares, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Industria/actividades comerciales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Obras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Otra fuente de ruido /Especificar: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>

### N3. Cuando se encuentra en su casa, por la noche, durante sus horas regulares de sueño:

	Absolutamente nada											Extremadamente molesto	¿Es habitual?
Transito de coches	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Trenes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Camiones de la basura	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Actividades de ocio (vecinos, bares, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>
Otra fuente de ruido /Especificar: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>

**N4. Cuando se encuentra en el trabajo:**

	Absolutamente nada											Extremadamente molesto	¿Es habitual?
Transito de coches	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>	
Ruido relacionado con el trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>	
Otra fuente de ruido /Especificar:  _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>	

**N5. ¿Cuántas noches al mes puede despertarse debido al ruido? Indique 00 si el ruido no lo despierta por la noche**  
|\_\_\_\_| Noches al mes

**N6. Durante su actual embarazo y durante sus horas habituales de sueño (excluyendo la siesta) ¿Con qué frecuencia usa alguno de los siguientes remedios contra el ruido? Si no dispone de ellos, conteste Nunca**

**N6a. ¿Usar tapones para los oídos?** 1.  Siempre 2.  A menudo 3.  Raramente 4.  Nunca

**N6b. ¿Cerrar las ventanas?** 1.  Siempre 2.  A menudo 3.  Raramente 4.  Nunca

**N6c. ¿Cerrar las persianas /porticones?** 1.  Siempre 2.  A menudo 3.  Raramente 4.  Nunca

**N6d. Uso de otros remedios contra el ruido** 1.  Siempre 2.  A menudo 3.  Raramente 4.  Nunca  
Especificar: |\_\_\_\_\_|



**N7. Durante su actual embarazo ¿cuántas horas (en promedio) por la noche ha abierto o entreabierto las siguientes ventanas? Indique 00 si no ha abierto o entreabierto la ventana. Si ha abierto/entreabierto la ventana durante toda la noche, por favor, especifique el número de horas.**

	<b>Horas por noche abiertas</b>	<b>Horas por noche medio abiertas/entreabiertas</b>	<b>No tiene ventana</b>
Dormitorio (padres)	__ Horas	__ Horas	<input type="checkbox"/>
Dormitorio (bebé)	__ Horas	__ Horas	<input type="checkbox"/>
Sala de estar	__ Horas	__ Horas	<input type="checkbox"/>

## 5.USO Y CONSUMO DE AGUA

### W1. Consumo de bebidas y otros líquidos durante su actual embarazo

Número de vasos/día de promedio=1 vaso equivale aproximadamente a 200 ml y 5 vasos equivalen a 1 Litro.

Si bebe menos de 1 vaso/día, responder vasos/semana

	En casa	Fuera de casa
Agua embotellada	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana
Agua del grifo (sin filtrar)	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana
Agua filtrada (del grifo)	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana
W1b. Si bebe agua filtrada, ¿Qué tipo de filtrado?	1. <input type="checkbox"/> Ósmosis inversa 2. <input type="checkbox"/> Jarra filtrante 3. <input type="checkbox"/> Descalcificador 4. <input type="checkbox"/> Otro:  _____   ¿Desde cuándo lo tiene?  _____  (en meses)	1. <input type="checkbox"/> Ósmosis inversa 2. <input type="checkbox"/> Jarra filtrante 3. <input type="checkbox"/> Descalcificador 4. <input type="checkbox"/> Otro:  _____   ¿Desde cuándo lo tiene?  _____  (en meses)
Leche (de origen animal o vegetal)	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana
<b>¿La leche que toma está enriquecida con alguna de las siguientes vitaminas?</b> 1. <input type="checkbox"/> Omega 3    2. <input type="checkbox"/> Calcio    3. <input type="checkbox"/> Vit D    4. <input type="checkbox"/> Vit A    5. <input type="checkbox"/> Fibra    6. <input type="checkbox"/> No		
Bebidas preparadas con agua (té, café, manzanilla, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana	<input type="checkbox"/> Nunca  _  Vasos/día  _  Vasos/semana

### W2. Higiene personal

Indique 00 cuando sea ninguna vez

	Número de veces	Tiempo empleado (cada vez)
Ducha	_  Veces /día o  _  Veces /semana	1. <input type="checkbox"/> 5 minutos o menos 2. <input type="checkbox"/> De 5 - 10 min 3. <input type="checkbox"/> De 10 - 15 min 4. <input type="checkbox"/> De 15 - 20 min 5. <input type="checkbox"/> De 20 - 30 min 6. <input type="checkbox"/> De 30 - 45 min 7. <input type="checkbox"/> Más de 45 min
Baño en bañera	_  Veces /día o  _  Veces /semana o	1. <input type="checkbox"/> 5 minutos o menos 2. <input type="checkbox"/> De 5 - 10 min 3. <input type="checkbox"/> De 10 - 15 min 4. <input type="checkbox"/> De 15 - 20 min

	_ _  Veces /mes	5. <input type="checkbox"/> De 20 - 30 min 6. <input type="checkbox"/> De 30 – 45 min 7. <input type="checkbox"/> Más de 45 min
--	-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### W3. Piscina

**W3a. ¿Durante su actual embarazo, se ha bañado en la piscina? Incluida natación por libre y clases guiadas como aquagym, natación, etc.**

1.  Sí (Ir a W3b)
2.  No (Ir a R1)

**W3b. Si su respuesta a W3a es Sí, ¿A qué piscina? (Escriba el nombre de la piscina/centro deportivo más habitual):**

|\_\_\_\_\_|

**W3c. Si su respuesta a W3a es Sí ¿Durante qué meses de embarazo?**

- Todos  1º  2º  3º

**W3d. Si su respuesta a W3a es Sí ¿Con qué frecuencia acude a la piscina y cuánto tiempo pasa dentro del agua cada vez que va?**

	Mes de embarazo		
	1º	2º	3º
<b>Piscina cubierta</b> <input type="checkbox"/>			
Veces/semana	_ _  vec/sem	_ _  vec/sem	_ _  vec/sem
Si <1 vez/semana: Veces/mes	_ _  vec/mes	_ _  vec/mes	_ _  vec/mes
Minutos en el agua/cada vez	_ _  min	_ _  min	_ _  min
<b>Piscina descubierta</b> <input type="checkbox"/>			
Veces/semana	_ _  vec/sem	_ _  vec/sem	_ _  vec/sem
Si <1 vez/semana: Veces/mes	_ _  vec/mes	_ _  vec/mes	_ _  vec/mes
Minutos en el agua/cada vez	_ _  min	_ _  min	_ _  min

## 6. RADIACIÓN

### Radiación Ultravioleta

En esta parte, vamos a hacer algunas preguntas con respecto a su exposición a la radiación ultravioleta. Para estas preguntas, tenga en cuenta que:

Los "**días de trabajo**" son aquellos días en los que trabaja (normalmente de lunes a viernes, pero si trabaja los fines de semana, debe considerarlos como días laborables).

Los "**días no laborables**" son aquellos días en los que está fuera del trabajo, pueden ser fines de semana o días de la semana cuando está ausente del trabajo pero no de vacaciones.

Las "**vacaciones**" son un período prolongado de tiempo libre (al menos cuatro días) fuera del trabajo dedicado al descanso o al placer.

**R1. Durante su actual embarazo, ¿cuántas horas por día (en promedio) pasó al aire libre en las siguientes ocasiones?**

	Trimestre 1
Días de trabajo	_ _  Horas
Días no laborables	_ _  Horas

**R2. Durante su actual embarazo, ¿Ha ido de vacaciones durante cuatro días o más?**

1.  Sí (Ir a R2b)
2.  No (Ir a R3)

**R2b. Si su respuesta a R2 es Sí, ¿Cuál fue el destino, cuántos días de duración y las horas por día (en promedio) que pasó al aire libre durante el día?**

	Destino	Duración (días)	Horas/día
Viaje 1		_ _  Días	_ _  Horas/día
Viaje 2		_ _  Días	_ _  Horas/día
Viaje 3		_ _  Días	_ _  Horas/día

**R3. Durante su actual embarazo, ¿ha usado protector solar?**

1.  Sí (Ir a R3b)
2.  No (Ir a R4)

**R3b. Si su respuesta a R3 es Sí, ¿cuál SPF (Factor de protección solar) normalmente utiliza? Si usa más de uno, indique el que usa más. Escriba 00 si no usa protector solar**  
SPF |\_|\_|

**R4. Durante su actual embarazo y los tres meses anteriores al embarazo, ¿ha usado camas solares (o solárium) o ha tomado el sol?**

1.  Sí, ambos (Ir a R4b)
2.  Sí, he tomado el sol (Ir a R4b)
3.  Sí, camas solares (solárium) (Ir a R4b)
4.  No (Ir a R5)

**R4b. ¿Cuántas veces usó una cama solar (solárium) o tomó el sol? ¿En cada ocasión, durante cuánto tiempo (minutos) de promedio? Escriba 00 si no ha usado ni camas solares (solárium) ni ha tomado el sol**

	3 meses antes del embarazo		Trimestre 1	
	Veces	Duración (minutos)	Veces	Duración(minutos)
Solárium	_ _	_ _	_ _	_ _
Tomar el sol	_ _	_ _	_ _	_ _

Lea la siguiente tabla:

Tipo de piel	Color de piel	Características
I	Piel blanca y con pecas, muy pálida. Cabello rojo o rubio. Ojos azules	Siempre se quema, nunca se broncea
II	Piel blanca, pálida. Cabello rojo o rubio. Ojos azules, verdes o avellana	Normalmente se quema, se broncea con dificultad
III	Piel europea oscura, piel aceitunada. Cualquier color de ojos y de cabello. Muy común	Algunas veces se quema, bronceado gradual
IV	Piel morena clara, mediterránea, americana	Raras veces se quema, se broncea con facilidad
V	Piel morena oscura, Oriente Medio	Raras veces se quema, se broncea con mucha facilidad
VI	Piel negra, Africana	Nunca se quema, se broncea con facilidad

**R5. ¿Cuál es su tipo de piel? Marque una sola casilla (la que considere más relevante) basándose en la tabla de arriba**

1.  Tipo de piel I
2.  Tipo de piel II
3.  Tipo de piel III
4.  Tipo de piel IV
5.  Tipo de piel V
6.  Tipo de piel VI

## 7. VENTILACIÓN DEL HOGAR

**R6. Durante su actual embarazo ¿cuántas horas (en promedio) por día ha abierto o entreabierto las siguientes ventanas para ventilar la casa? Indique 00 si no ha abierto o entreabierto la ventana**

	Horas por día abierta	No tiene ventana
Dormitorio (Padres)	__ Horas/día	<input type="checkbox"/>
Dormitorio (Bebé)	__ Horas/día	<input type="checkbox"/>
Otros dormitorios	__ Horas/día	<input type="checkbox"/>
Cocina	__ Horas/día	<input type="checkbox"/>
Sala de estar	__ Horas/día	<input type="checkbox"/>
Cuarto de baño	__ Horas/día	<input type="checkbox"/>

**R7. Durante su actual embarazo, ¿cuántas horas (en promedio) por día ha cocinado?**

1.  Menos de 1 hora
2.  1-2 horas
3.  De 2 a 3 horas
4.  Más de 3 horas

**R8. ¿Tiene extractor en su cocina actualmente?**

1.  Sí (Ir a R9)
2.  No (Ir a R10)

**R9. Si su respuesta a R8 es Sí, ¿Ha usado el extractor mientras cocinaba durante su actual embarazo?**

1.  Siempre
2.  A veces
3.  Nunca

**R10. Durante su actual embarazo ¿Con qué frecuencia ha abierto la ventana al cocinar?**

1.  Siempre
2.  A veces
3.  Nunca
4.  Nuestra cocina no tiene ventana

## 9. USO DE COSMÉTICOS

**CO1. ¿Ha usado algún cosmético (crema, loción, agua micelar, etc. para higiene, hidratación o belleza del cuerpo) durante su embarazo? La pregunta **no incluye maquillaje****

1.  Sí (Ir a CO2)
2.  No (Ir a CO4)

**CO2. Si la respuesta a CO1 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/Especificar: |\_\_\_\_\_|

CO3. En caso de haber señalado alguna opción de la pregunta anterior completar la siguiente tabla para cada una de las respuestas dadas:

Cosmético/Nombre Comercial	Zona del cuerpo	Frecuencia de uso
<b>Ej. crema (Nutraderm®)</b>	1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Rostro 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
<b>a.1</b>   _____	<b>b.1</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Rostro 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.1</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
<b>a.2</b>   _____	<b>b.2</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Rostro 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.2</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
<b>a.3</b>   _____	<b>b.3</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Rostro 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.3</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
<b>a.4</b>   _____	<b>b.4</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Rostro 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.4</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
<b>a.5</b>   _____	<b>b.5</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Rostro 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.5</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez

**CO4. ¿Ha usado maquillaje durante su actual embarazo?**

1.  Sí (Ir a CO5)
2.  No (Ir a CO6)

**CO5. Si su respuesta a CO4 es Sí, ¿Cuál era la marca del producto y con qué frecuencia lo usó?**

Seleccione **todo** lo que corresponda

	Marca del producto	Frecuencia
Lápiz labial/ Perfilador de labios/Brillo labial o gloss		_ Veces/semana
Mascara de pestañas		_ Veces/semana
Sombra de ojos/ Delineador de ojos		_ Veces/semana
Esmalte de uñas		_ Veces/semana
Maquillaje de alta cobertura		_ Veces/semana
Base de maquillaje (liquida, polvo, etc)		_ Veces/semana
Colorete/Iluminador		_ Veces/semana
Otro/Especificar:  _____		_ Veces/semana

**CO6. ¿Se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente o mechas durante su actual embarazo y los tres meses anteriores a 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 (Ir a CO7)
2.  Si, mechas
3.  Si, tinte
4.  Sí, hecho permanente-ondulado

} Ir a CO6b

**CO6b. Si su respuesta a CO6 es 2,3 o 4, ¿Durante qué mes del embarazo y cuántas veces? Puede marcar más de una casilla**

	Número de veces
3 meses antes del actual embarazo <input type="checkbox"/>	_
Mes 1 <input type="checkbox"/>	_
Mes 2 <input type="checkbox"/>	_
Mes 3 <input type="checkbox"/>	_



**CO7. Durante su actual embarazo ¿Ha usado algún producto higiénico (productos usados con el fin de limpiar, desinfectar, desodorizar y aromatizar), como el jabón, con acción antibacteriana?**

1.  Sí (Ir a CO7b)
2.  No (Ir a EV1)

**Co7b. Si la respuesta a CO7 es Sí, especificar:**

Nombre comercial	Zona del cuerpo	Frecuencia de uso
e.g. <i>Dettol</i>	1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Cara 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
a.1 _____	<b>b.1</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Cara 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.1</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
a.2 _____	<b>b.2</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Cara 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.2</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez
a.3 _____	<b>b.3</b> 1. <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo 2. <input type="checkbox"/> Brazo y/o piernas 3. <input type="checkbox"/> Parte superior del cuerpo 4. <input type="checkbox"/> Parte inferior del cuerpo 5. <input type="checkbox"/> Solo barriga 6. <input type="checkbox"/> Cara 7. <input type="checkbox"/> Varios: _____	<b>c.3</b> 1. <input type="checkbox"/> Diariamente 2. <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana 3. <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes 4. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes/rara vez

## 10. EXPOSICIONES VARIAS

**EV1. Durante su actual embarazo, ¿Ha usado velas o incienso en su casa?**

1.  Nunca
2.  Menos de una vez por semana
3.  Más de una vez por semana

## ESTILO DE VIDA

### 1. ACTIVIDAD FÍSICA

**Durante este trimestre, cuando NO está en el trabajo, cuánto tiempo pasa normalmente:**

**AF1. Preparando comidas (cocinar, poner la mesa, lavar los platos):**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF2. Vistiendo, bañando, dando de comer a niños mientras está sentada:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF3. Vistiendo, bañando, dando de comer a niños mientras está de pie:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF4. Jugando con niños mientras está sentada o de pie:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF5. Jugando con niños mientras está andando o corriendo:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF6. Llevando niños en brazos:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF7. Cuidando a una persona mayor:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día

5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF8. Sentada usando el ordenador o escribiendo, cuando no está en el trabajo:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF9. Viendo la televisión o vídeos:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 2 horas al día
4.  De 2 a casi 4 horas al día
5.  De 4 a casi 6 horas al día
6.  6 o más horas al día

**AF10. Sentada leyendo, hablando o con el teléfono, cuando no está en el trabajo:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 2 horas al día
4.  De 2 a casi 4 horas al día
5.  De 4 a casi 6 horas al día
6.  6 o más horas al día

**AF11. Jugando con mascotas:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF12. Haciendo las tareas de la casa (hacer la cama, hacer la colada, planchando, ordenando, etc.):**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF13. Comprando (comida, ropa u otros artículos):**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**Durante este trimestre, cuando NO está en el trabajo, cuánto tiempo pasa normalmente:**

**AF14. Realizando una limpieza intensa (pasando la aspiradora, fregando, barriendo, limpiando las ventanas):**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana
4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**AF15. Sentada mientras come, tanto en casa como en un bar/restaurante:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF16. Empujando un carrito de la compra y/o carrito de bebe o silla de ruedas:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana
4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**Yendo a lugares...Durante este trimestre, cuánto tiempo pasa normalmente:**

**AF17. Caminando lentamente para ir a sitios (como a la parada de autobús, al trabajo, de visita). No por placer ni para hacer ejercicio físico:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF18. Caminando deprisa para ir a sitios (como a la parada de autobús, al trabajo, de visita). No por placer ni para hacer ejercicio físico:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF19. Conduciendo o montando en un coche o autobús:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**Por placer o para hacer ejercicio físico. Durante este trimestre, cuánto tiempo pasa normalmente:**

**AF20. Caminando lentamente por placer o para hacer ejercicio físico:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF21. Caminando deprisa por placer o para hacer ejercicio físico:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**AF22. Caminando deprisa cuesta arriba por placer o para hacer ejercicio físico:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 1 hora al día
4.  De 1 a casi 2 horas al día
5.  De 2 a casi 3 horas al día
6.  3 o más horas al día

**Durante este trimestre, cuánto tiempo pasa normalmente:**

**AF23. Trotando (jogging, running):**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana
4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**AF24. En clase de ejercicio prenatal:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana
4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**AF25. Nadando:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana
4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**AF26. Bailando:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana

4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**¿Haciendo otras cosas por placer o para hacer ejercicio físico? Por favor indíquenos cuáles**

**AF27.** | \_\_\_\_\_ | Nombre de la Actividad

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana
4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**AF28.** | \_\_\_\_\_ | Nombre de la Actividad

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora a la semana
3.  De ½ a casi 1 hora a la semana
4.  De 1 a casi 2 horas a la semana
5.  De 2 a casi 3 horas a la semana
6.  3 o más horas a la semana

**Por favor rellene el siguiente apartado si trabaja de forma remunerada, como voluntaria o como estudiante. Si es ama de casa, está desempleada o no puede trabajar, no tiene que completar este apartado.**

**En el trabajo...Durante este trimestre, cuánto tiempo pasa normalmente:**

**AF29. Sentada en el trabajo o en clase:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 2 horas al día
4.  De 2 a casi 4 horas al día
5.  De 4 a casi 6 horas al día
6.  6 o más horas al día

**AF30. De pie o caminando lentamente en el trabajo mientras carga con cosas (que pesen más que dos botellas de agua de litro y medio):**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 2 horas al día
4.  De 2 a casi 4 horas al día
5.  De 4 a casi 6 horas al día
6.  6 o más horas al día

**AF31. De pie o caminando lentamente en el trabajo sin cargar nada:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 2 horas al día
4.  De 2 a casi 4 horas al día
5.  De 4 a casi 6 horas al día
6.  6 o más horas al día

**AF32. Caminando deprisa en el trabajo mientras carga con pesos (que pesen más que dos botellas de agua de litro y medio):**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 2 horas al día
4.  De 2 a casi 4 horas al día
5.  De 4 a casi 6 horas al día
6.  6 o más horas al día

**AF33. Caminando deprisa en el trabajo sin cargar nada:**

1.  Ninguno
2.  Menos de ½ hora al día
3.  De ½ a casi 2 horas al día
4.  De 2 a casi 4 horas al día
5.  De 4 a casi 6 horas al día
6.  6 o más horas al día

**2.TABACO**

**SM1. ¿Ha fumado a lo largo de su vida?**

1.  Sí (Ir a SM2)
2.  No (Ir a SM11)

**SM2. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco?**

1.  Fuma diariamente
  2.  Fuma pero no diariamente
  3.  No fuma actualmente aunque antes fumaba diariamente
  4.  No fuma actualmente aunque antes fumaba pero no diariamente
- } Ir a SM3  
} Ir a SM9

Si su respuesta a SM2 es 1 o 2, pasar a la pregunta SM3

Si su respuesta a SM2 es 3 o 4, pasar a la pregunta SM9

**Fuma en la actualidad:**

**SM3. ¿Qué es lo que fuma?**

1.  Cigarrillos/Cigarro
2.  Cigarrillos electrónicos
3.  Ambos
4.  Otros (Ej. Shisha, hookah, pipa de agua, etc)/Especificar: |\_\_\_\_\_|

**SM4. ¿Cuántos cigarrillos u otros fumos/fumabas por semana durante su actual embarazo o en los tres meses anteriores al embarazo? Indique 00 si no fuma/fumaba ningún cigarrillo**

	Cigarrillos	Cigarrillos electrónicos (en mL)	Otros (Ej. Shisha, hookah, pipa de agua, etc)
3 meses antes del embarazo	_____	_____	_____
Mes 1	_____	_____	_____
Mes 2	_____	_____	_____
Mes 3	_____	_____	_____

**SM5. ¿Fuma cuando está enferma?**

1.  Sí
2.  No

**SM6. ¿Fuma más durante las primeras horas del día después de despertar, que durante el resto del día?**

1.  Sí
2.  No

**SM7. ¿Ha cambiado el consumo de tabaco debido al embarazo?**

1.  Sí (Ir a SM8)
2.  No (Ir a SM11)

**SM8. ¿Cuándo cambió?**

1.  Antes de quedar embarazada
2.  Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que cambió: [\_\_]

**No fuma en la actualidad, fumaba anteriormente:**

**SM9. ¿A qué edad dejó de fumar?**

[\_\_] Años

**SM10. ¿Dejó de fumar por el embarazo?**

1.  Sí (Ir a SM10b)
2.  No (Ir a SM11)

**SM10b. Si su respuesta a SM10 es Sí, ¿Cuándo dejó de fumar?**

1.  Antes de quedar embarazada
2.  Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar: [\_\_]

**SM10c. Si la respuesta a SM10 es Sí, ¿Cuántos cigarrillos fumaba habitualmente?**

[\_\_] cigarrillos/semana

**Tabaquismo pasivo**

**SM11. Durante su actual embarazo y los tres meses anteriores al embarazo, ¿ha estado expuesta al humo del tabaco ajeno (generado por otras personas fumadoras distintas a usted) en casa, en el trabajo o en lugares de ocio (ej. Restaurantes, cafeterías, bares, etc.)?**

1.  Sí (Ir a SM11b)
2.  No (Ir a A1)

**SM11b. Si su respuesta a SM11 es Sí, Indique cuántas horas a la semana estuvo expuesta al humo del tabaco ajeno en los siguientes lugares: Indique 00 si no ha estado expuesta**

	Casa	En el trabajo	Lugares de ocio	Otros lugares/ especificar:
3 meses antes del embarazo	[__]	[__]	[__]	[__]
Mes 1	[__]	[__]	[__]	[__]
Mes 2	[__]	[__]	[__]	[__]
Mes 3	[__]	[__]	[__]	[__]

**3. CONSUMO DE ALCOHOL**

**A1. ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica durante su actual embarazo o en los tres meses anteriores al embarazo?**

1.  Sí (Ir a A2)
2.  No (Ir a T2)



9.  Prefiero no contestar (Ir a T2)

**A2. Si su respuesta a A1 es Sí, normalmente ¿cuántos vasos o bebidas por semana? Indique 00 si no ha bebido ningún vaso por semana**

	3 meses antes del embarazo	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Cerveza	_	_	_	_
Vino, champagne, cava	_	_	_	_
Cocteles de bajo contenido en alcohol (mojito, daikiri, etc.)	_	_	_	_
Vino fortificado (Jerez, Oporto, Madeira)	_	_	_	_
Combinados o cubatas (vodka, ginebra, whisky, coñac)	_	_	_	_
Otros/ Especificar:  _ _ _ _	_	_	_	_

#### 4. TIEMPO-ACTIVIDAD Y DESPLAZAMIENTO

**T2. Desde que se quedó embarazada, ¿Cuánto tiempo ha pasado en los siguientes lugares por día? Indique 00 si no ha pasado tiempo en ese lugar en concreto**

	Días laborales (horas)	Fines de semana (horas)
<b>1. En casa:</b>		
Interior	_	_
Exterior (terraza, jardín, balcón, etc)	_	_
<b>2. En el trabajo:</b>		
Interior	_	_
Exterior	_	_
<b>3. En otros lugares</b> (centros comerciales, cafeterías, bares, otras casas, etc. Especificar:  _ _ _ _ )	_	_

#### 5. PATRONES DEL SUEÑO

Las siguientes preguntas están relacionadas con sus hábitos de sueño solamente durante el **último mes**. Sus respuestas deben indicar lo sucedido de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches del mes pasado. Por favor, responda a todas las preguntas.

	Días laborables o entre semana	Días no laborables o fin de semana
<b>SL1. Durante el mes pasado, ¿a qué hora se ha ido habitualmente a la cama por la noche?</b>	_ horas  _ minutos	_ horas  _ minutos
<b>SL2. Durante el mes pasado, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado dormirse cada noche?</b>	_ minutos	_ minutos
<b>SL3. Durante el mes pasado, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?</b>	_ horas  _ minutos	_ horas  _ minutos

<b>SL4. Durante el <u>mes pasado</u>, ¿cuántas horas de sueño real ha tenido por la noche (pueden ser diferentes del número de horas que pasó en la cama)</b>	__ horas  __ minutos	__ horas  __ minutos
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	----------------------

**SL5. Durante el mes pasado, con qué frecuencia ha tenido problemas de sueño debido a que:**

	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 veces o más a la semana
1. No me puedo dormir tras 30 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me despierto en mitad de la noche o pronto por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me tengo que levantar para usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No puedo respirar confortablemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Toso o ronco ruidosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Siento mucho frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siento mucho calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otros motivos, especificar:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SL6. Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tomado medicamentos para conciliar el sueño (con prescripción médica o automedicados)?**

1.  Ninguna vez
2.  Menos de 1 vez a la semana
3.  1 o 2 veces a la semana
4.  3 veces o más a la semana

**SL7. Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para permanecer despierta mientras conducía, comía o desarrollaba alguna actividad social?**

1.  Ninguna vez
2.  Menos de 1 vez a la semana
3.  1 o 2 veces a la semana
4.  3 veces o más a la semana

**SL8. Durante el mes pasado, ¿cómo clasificaría su calidad de sueño en conjunto?**

1.  Muy buena
2.  Moderadamente buena
3.  Moderadamente mala
4.  Muy mala

**SL9. Durante el mes pasado, ¿cómo de problemático le ha resultado mantener el entusiasmo suficiente para hacer cosas?**

1.  Ningún problema
2.  Sólo un poco problemático
3.  Moderadamente problemático
4.  Muy problemático

**SL10. ¿Con qué frecuencia usa el ordenador, el portátil, la tableta (ej. iPad), o el teléfono móvil durante la hora antes de ir a dormir?**

1.  Nunca o casi nunca (*Ir a SL11*)
2.  A veces (*Ir a SL10b*)
3.  Algunos días (de 1 a 6 días a la semana) (*Ir a SL10b*)
4.  Cada día (*Ir a SL10b*)

**SL10b.** Si usa el ordenador, el portátil, la tableta, o el teléfono móvil durante la hora antes de ir a dormir, ¿qué hace la mayoría de veces? Puede marcar **más de una** respuesta

1.  Leer un libro electrónico
2.  Enviar mensajes a amigos
3.  Jugar a juegos
4.  Mirar videos
5.  Consultar *Facebook, Twitter, Instagram*, noticias, etc.
6.  Otros/ Especificar: \_\_\_\_\_

**SL11.** ¿Se despierta alguna vez durante la noche por haber recibido mensajes en el ordenador, portátil, tableta, o teléfono móvil?

1.  Nunca o casi nunca (*Ir a SL12*)
2.  A veces (*Ir a SL11b*)
3.  Algunos días (de 1 a 6 días a la semana) (*Ir a SL11b*)
4.  Cada día (*Ir a SL11b*)

**SL11b.** ¿Si se despierta alguna vez por haber recibido mensajes, que hace?

1.  Nada
2.  Leo el mensaje y vuelvo a dormir
3.  Leo el mensaje y lo contesto

**SL12.** La siguiente pregunta es sobre si **se considera más matutina o más nocturna**. Si le gusta dormir un poco más durante los días libres comparado con los días laborables o le cuesta levantarse los lunes por la mañana entonces sería más nocturna. Sin embargo, si se levanta por la mañana y se siente despierto directamente o si prefiere acostarse temprano por la noche entonces es más probable que sea matutina.

	Extrema- damente matutina	Modera- damente matutina	Ligera- mente matutina	Ningun tipo	Ligera- mente nocturna	Modera- damente nocturna	Extrema- damente nocturna
¿Cómo se considera actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SL13.** ¿Tiene pareja o compañero/a de habitación?

1.  No tengo ni pareja ni compañero/a de habitación
  2.  Sí tengo, pero duerme en otra habitación
  3.  Sí tengo, pero duerme en otra cama (*Ir a SL15*)
  4.  Sí tengo, y duerme en la misma cama (*Ir a SL15*)
- } *Ir a DM1*

**SL14.** Si tiene pareja o compañero/a de habitación, pregúntele con qué frecuencia **en el último mes**:

*Instrucción: Pregúntele a su pareja/compañero y responda a las preguntas siguientes en referencia a usted (conteste según el que diga su pareja/compañero sobre usted)*

**SL14a.** Usted ha roncado fuerte

1.  Ninguna vez durante el último mes
2.  Menos de una vez a la semana
3.  Una o dos veces a la semana
4.  Tres veces o más a la semana

**SL14b.** Usted ha tenido largas pausas entre cada respiración mientras estaba durmiendo

1.  Ninguna vez durante el último mes

- 2.  Menos de una vez a la semana
- 3.  Una o dos veces a la semana
- 4.  Tres veces o más a la semana

**SL14c. Usted ha tenido sacudidas o tirones de piernas mientras estaba durmiendo**

- 1.  Ninguna vez durante el último mes
- 2.  Menos de una vez a la semana
- 3.  Una o dos veces a la semana
- 4.  Tres veces o más a la semana

**SL14d. Usted ha tenido episodios de desorientación o confusión mientras estaba durmiendo**

- 1.  Ninguna vez durante el último mes
- 2.  Menos de una vez a la semana
- 3.  Una o dos veces a la semana
- 4.  Tres veces o más a la semana

**SL14e. Usted ha tenido otro tipo de agitación o inquietud mientras estaba durmiendo**

Por favor, descríbalas: \_\_\_\_\_

- 1.  Ninguna vez durante el último mes
- 2.  Menos de una vez a la semana
- 3.  Una o dos veces a la semana
- 4.  Tres veces o más a la semana

**SL15. ¿Cómo considera que es la luminosidad de su habitación cuando duerme durante la noche?**

- 1.  Luz suficiente para leer y ver colores aunque sea con dificultad (1-2lux)
- 2.  No puedo leer pero veo todos los objetos de la habitación (0.05 lux)
- 3.  Al cabo de unos segundos distingue formas dentro de la habitación (0.005 lux)
- 4.  Solo veo luz que se filtra por las cortinas/puerta o dispositivos electrónicos (<0.005 lux)
- 5.  Oscuridad absoluta (0 lux)

**SL16. ¿De dónde cree que procede la fuente de luz de su habitación cuando duerme? Marque todas las opciones que considere**

- 1.  De la calle
- 2.  De los vecinos
- 3.  De su misma habitación (aparatos eléctricos, etc.)
- 4.  De su misma casa (otras habitaciones, etc.)

## 6. DIETA MEDITERRÁNEA

*Instrucción: Este apartado hace referencia a la dieta mediterránea. Si no consume el alimento en concreto porque es vegana, vegetariana, no le gusta, es alérgica, etc. Marque la opción de "Menos de"*

<b>DM1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>DM2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (Incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaldas, etc.)?</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 4 cucharadas <input type="checkbox"/> 4 o más
<b>DM3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos= 1/2 ración) 1 ración=200g</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2 o más
<b>DM4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 3 <input type="checkbox"/> 3 o más
<b>DM5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 o más

<b>consume al día?</b> (ración 100-150 g)	
<b>DM6.¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día?</b> (porción individual:12 g)	<input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 o más
<b>DM7.¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 o más
<b>DM8.¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana?</b> (1 plato o ración de 150g)	<input type="checkbox"/> Menos de 3 <input type="checkbox"/> 3 o más
<b>DM9.¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana?</b> (1 plato pieza o ración= 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200g de marisco)	<input type="checkbox"/> Menos de 3 <input type="checkbox"/> 3 o más
<b>DM10.¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2 o más
<b>DM11.¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?</b> (ración 30g)	<input type="checkbox"/> Menos de 3 <input type="checkbox"/> 3 o más
<b>DM12.¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>DM13.¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2 o más

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**