



**ESMaestras**  
**Investigación para mejorar  
la salud de la mujer**

### Cuestionario ESMaestras Ciclo 2014-2017

¡Muchas gracias por su entusiasta participación en ESMaestras!  
"El arte de enseñar es el arte de ayudar a descubrir" - Mark Van Doren

Estimada maestra:

Gracias a usted y a todas las participantes, ESMaestras es hoy en día el estudio de salud en la mujer más grande de Latinoamérica. Como participante de ESMaestras, usted es insustituible y su información es indispensable para el estudio. Al ser un proyecto independiente de Carrera Magisterial - Servicio Profesional Docente, su respuesta sigue siendo muy importante tanto si es maestra activa, jubilada, prejubilada o si cambió de lugar de trabajo o empleo, o si su salud se ha visto comprometida por alguna enfermedad, por lo que seguiremos enviándole cuestionarios cada 3 años por los próximos 30 años .

El equipo de ESMaestras es el único que tendrá acceso a su información personal. La información que usted proporciona es estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para análisis estadísticos que permitan entender cómo afectan distintos hábitos de estilo de vida al bienestar de las mujeres mexicanas. ESMaestras no es un servicio de atención médica, es un estudio de investigación para mejorar la salud de la mujer mexicana. Si usted desea recibir atención médica o seguimiento a su estado de salud, le recomendamos visitar a su médico de cabecera o acudir a su institución de seguridad social para recibir este servicio.

El cuestionario no le tomará más de una hora y media, y si prefiere lo puede responder en etapas. Recuerde que el estudio depende de la atención y el cuidado con el que conteste el cuestionario lo más cercano a la verdad.

¡Cuando una mujer ESMaestra nunca deja de serlo y su ayuda siempre es importante!

Si desea responder el cuestionario en línea, conocer más información del estudio, sus resultados principales o importante información sobre salud, consulte nuestra página de internet [www.esmaestras.org](http://www.esmaestras.org) y redes sociales (Facebook, Twitter y Pinterest).

Reciba un afectuoso saludo,

Dr. Ruy López Ridaura y Dr. Martín Lajous Loaeza  
Investigadores principales ESMaestras.

*Nota: Para cualquier aclaración o duda relacionada con este estudio de investigación puede comunicarse con el Dr. Ruy López Ridaura al teléfono (55) 54871000 ext. 4622, de lunes a viernes, de 9:00 a 17:00 h, en el Instituto Nacional de Salud Pública, Tlalpan, Ciudad de México, para todo lo relacionado con sus derechos como participante, puede llamar a la Presidenta de la Comisión de Ética del INSP, Mtra. Angélica Angeles Llerenas, al teléfono (777) 329 3000, ext. 7424 ó 3222, de lunes a Viernes de 8:00 a 16:00h.*



## 1.- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Día      Mes      Año

2.- ¿Cuál es su peso actual?  
(Si es posible pése en una báscula)

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

Kgs.

## 3.- ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera  
 Unión Libre  
 Casada  
 Divorciada/Separada  
 Viuda

## 4.- ¿ACTUALMENTE fuma tabaco?

- Nunca he fumado      SI MARCÓ ESTA OPCIÓN CONTINUAR CON LA PREGUNTA 5  
 No, porque dejé de fumar      SI MARCÓ ESTA OPCIÓN CONTINUAR CON LA PREGUNTA 5  
 Sí

## a) ¿Cuántos cigarros fuma en promedio al día?

o menos de 1 cigarro al día

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6			

b) En los últimos 12 meses, ¿ha intentado dejar de fumar?  
SÍ  NO 

## 5.- ¿ACTUALMENTE está embarazada?

SÍ  NO 

## 6.- ¿Alguna vez ha estado embarazada?

SÍ  NO  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 9

## a) ¿Cuántas veces en su vida se ha embarazado?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 o más 

## 7.- ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 o más 

## 8.- ¿Cuántos años cumplidos tenía cuando nació su primer hijo vivo?

AÑOS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5				

## 9.- En los últimos tres años, ¿intentó embarazarse por más de 12 meses consecutivos sin tener éxito?(Aun si eventualmente logró quedar embarazada)

SÍ  NO  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 11

## 10.- ¿Encontró su médico la(s) razón(es) por la(s) cual(es) tuvo dificultad para embarazarse? (Marque todas las que apliquen)

- Trompas bloqueadas       Ovario poliquístico  
 Alteraciones de ovulación       Endometriosis  
 Anormalidades en el útero (matriz)       Ninguna razón conocida  
 Problemas en su esposo o pareja       Nunca fui al médico

## 11.- ¿Utiliza actualmente alguno de los siguientes métodos anticonceptivos? (Marque todas las que apliquen)

- Ninguno       Tengo ligadas las trompas       Inyecciones mensuales  
 Inyecciones cada dos o tres meses       Anillo vaginal  
 Pastillas       Parches       Implantes en el brazo       Otro

## 12.- En total sumando todos los periodos de uso de anticonceptivos en su vida, ¿cuántos años los utilizó?

- Menos de 1 año       1 a 3 años       4 a 6 años       6 a 8 años  
 8 a 10 años       Más de 10 años       Nunca he usado anticonceptivos

## 13.- ¿Ya tuvo la menopausia? (Dejar de reglar permanentemente por más de 12 meses)

SÍ  No  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 14Nunca he reglado  SI CONTESTÓ NUNCA, CONTINUAR EN LA PREG. 14

## a) ¿A qué edad tuvo su última menstruación?

AÑOS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5				

## b) ¿Por qué razón dejó de menstruar? (Marque todas las opciones que apliquen)

- Porque le quitaron la matriz       Por menopausia natural  
 Porque le quitaron los ovarios  
 Porque recibió radiación, quimioterapia o medicamentos

## c) ¿Ha tomado o toma hormonas femeninas (estrógeno, progesterona u otras) en los últimos 3 años por más de un mes, alrededor o después de la menopausia? (Incluya pastilla, parches, geles e inyecciones)

SÍ  No  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 14

## d) Marque el tipo de hormonas que tomó o toma actualmente, con mayor frecuencia:

- Combinadas (Ej.: estrógenos conjugados y medroxiprogesterona, Tibolona, Prempro, Climax, desogestrel y etinilestradiol, Estracom, Pimogyn).  
 Estrógenos (Ej.: Premarín, Serofene, Ovestin, Ostregel, Climaderm, Estraderm, Fem 7, Ovestín).  
 Progesterona/Progesterón (Ej.: Provera, Lutoral, Utrogestan, Primolut, Geslutin, Premastan)  
 Otras hormonas que actualmente utiliza

## 14.- ¿Le han quitado la matriz?

SÍ  No  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 15

## a) ¿Qué edad tenía cuando se la retiraron?

AÑOS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

## 15.- ¿Le han retirado algún ovario?

SÍ  No  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 16

## a) ¿Cuántos ovarios?

Uno  Dos  No sé 

## b) ¿Qué edad tenía cuando le retiraron el/los ovarios? (Si le retiraron los dos ovarios en diferentes cirugías, escribir la edad que tenía en la última cirugía)

AÑOS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

16.- ¿Le ha diagnosticado alguna vez un médico alguna de las siguientes enfermedades o le hicieron una de las siguientes intervenciones?  
MARQUE EL CUADRO SOLO SI LA RESPUESTA ES SI

ENFERMEDAD	SI	SI contesto sí, por favor indique el año diagnóstico	¿Recibió tratamiento?	
Cáncer de seno (mama)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Biopsias del seno	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Otro cáncer (marcar el que corresponda) Cervicouterino <input type="radio"/> Endometrio <input type="radio"/> Ovario <input type="radio"/> Estómago <input type="radio"/> Colon o recto <input type="radio"/> Pulmón <input type="radio"/> Hígado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: _____	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
<input type="checkbox"/> Enfermedad benigna de los senos, como mastopatía fibroquistica → ¿Confirmado por biopsia?	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Hipertensión durante el embarazo (preeclampsia o eclampsia)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Hipertensión (sin contar en el embarazo)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Diabetes gestacional (durante el embarazo)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Diabetes o azúcar alta (sin contar durante el embarazo)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Colesterol alto	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Infarto del corazón	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
¿Se ha sometido a cateterismo cardiaco para angioplastia o colocación de stents?	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Angina de pecho (enfermedad coronaria)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Fibrilación auricular	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Insuficiencia cardiaca (del corazón)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Infarto, embolia o derrame cerebral	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Enfermedad arterial periférica, claudicación intermitente (no várices)	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal → ¿Tiene diálisis?	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Enfermedad crónica de los pulmones como EPOC, enfisema, bronquitis crónica, fibrosis pulmonar	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Asma	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Rinitis alérgica	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Tuberculosis	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Cataratas	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Glaucoma	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Cirrosis o alguna enfermedad de hígado crónica	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Hepatitis B o Hepatitis C	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Piedras en la vesícula	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Fractura de cadera	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Artritis reumatoide	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Lupus	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Esclerosis múltiple	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Parkinson	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Depresión diagnosticada por un médico	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Coágulo (trombo) en las piernas o coágulo (tromboembolia) en los pulmones	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Ovarios poliquísticos	<input type="radio"/>	_____	SI	NO
Miomas uterinos	<input type="radio"/>	_____	SI	NO

17.- ¿Algún familiar de primer grado (madre, padre, hermanos o hijos) han padecido o padecen:

- a) Infarto de corazón ANTES DE LOS 50 AÑOS?  
Sí  No  No sé
- b) Diabetes?  
Sí  No  No sé
- c) Cáncer de seno o mama?  
Sí  No  No sé
- d) Cáncer de ovario?  
Sí  No  No sé

18.- ¿Alguna vez en su vida ha tenido un dolor de cabeza IMPORTANTE (en al menos 5 ocasiones) con las siguientes características?

- a) Una duración de mínimo 4 horas y máximo 72 horas sin tratamiento:  
Sí  No
- b) Localización predominante de un lado de la cabeza:  
Sí  No
- c) Dolor pulsátil (como si sintiera latidos):  
Sí  No
- d) Dolor de intensidad moderada-severa (que le impida hacer sus actividades habituales o que le obligue a guardar reposo):  
Sí  No
- e) Dolor que empeore por la actividad física (por ejemplo, caminar, subir escaleras):  
Sí  No
- f) Dolor acompañado de náuseas (o vómitos):  
Sí  No
- g) Dolor que empeora por la luz y los ruidos:  
Sí  No



**30.- Las preguntas siguientes son con respecto a su hogar, escuela y oficina. ¿Aproximadamente cuánto tiempo tiene...**

a) habitando en su vivienda actual?

- Menos de seis meses     Entre seis meses y un año     Más de un año

Especifique número de años:

AÑOS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

b) trabajando en esta escuela u oficina?

- Menos de seis meses     Entre seis meses y un año     Más de un año     Actualmente no trabajo

Especifique número de años:

AÑOS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**31.- Hablando en términos de seguridad pública, ¿qué tan segura se siente usted en la ACTUALIDAD con respecto a hace 12 meses? (Un año atrás)**

- Mucho más segura     Un poco más segura     Igual (nada ha cambiado)     Más insegura     Mucho más insegura

**32.- En términos de delincuencia, marque si se siente segura en... (Marque todas las que correspondan)**

- Su casa     El mercado     El transporte público  
 Su trabajo     El centro comercial     El automóvil  
 La calle     El banco     La carretera  
 La escuela     El cajero automático localizado en la vía pública     El parque o centro recreativo

**33.- En los últimos 2 años, ¿algún médico o enfermera le ha realizado alguna de estas pruebas? Deje en blanco si la respuesta es NO**

	Sí, por síntomas	Sí, por campaña	Sí, por consulta general
Toma de presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes o azúcar en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de Papanicolau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografía/Mastrografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34.- Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?**

Problema	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a) Tiene poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Se ha sentido decaída y/o deprimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Tiene dificultad para dormir o permanece dormida, o ha dormido demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Se ha sentido cansada o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Ha tenido poco apetito o ha comido en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Se ha sentido mal con usted misma, o que es un fracaso, o que ha quedado mal con usted misma o con su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo, o por el contrario, ha estado tan inquieta o agitada que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**35.- Si usted marcó que le afectó alguno de los problemas anteriores, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?**

- Para nada difícil     Poco difícil     Muy difícil     Extremadamente difícil

**36.- Las siguientes preguntas se refieren a sentimientos y pensamientos que usted ha experimentado. Marque la opción que mejor se adecue a su situación actual tomando en cuenta el último mes.**

Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	Siempre
¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia ha estado segura sobre su capacidad de manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="radio"/>				

**37.- A continuación se presentan situaciones que pudo haber vivido durante su infancia (antes de cumplir 18 años). Responda si las experimentó o no. Cada pregunta presenta diversos escenarios, si por lo menos vivió alguno de ellos, responda de manera afirmativa.**

a) ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia la ofendían, insultaban, menospreciaban, humillaban o actuaban de tal forma que temía que la fueran a lastimar físicamente?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
b) ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia la empujaban, jalaban, cacheteaban, le aventaban cosas o alguna vez la golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o la lastimaron?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
c) ¿Algún adulto o alguna otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez la tocó o acarició indebidamente, hizo que tocara su cuerpo de alguna forma sexual o intentó tener o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
d) ¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia la quería o pensaba que usted era especial o importante o en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana o no se apoyaban unos a los otros?,	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
e) ¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que la protegiera o sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla o llevarla al médico si es que lo necesitaba?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
f) ¿Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
g) ¿A su madre o madrastra la empujaron, jalaron, golpearon, o aventaron cosas con frecuencia o con mucha frecuencia; o la pateaban, la mordían, le daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro ocasionalmente, con frecuencia o con mucha frecuencia; o alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
h) ¿Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
i) ¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
j) ¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

**38.- Las preguntas siguientes se refieren a sus hábitos de dormir durante el último mes únicamente. Sus respuestas deben ser lo más precisas posible para la mayoría de los días y las noches durante el último mes (los últimos 30 días incluyendo el día de hoy). Por favor conteste todas las preguntas**

a) Durante el último mes, ¿generalmente, a qué hora se ha acostado por la noche?

○ ○ : ○ ○ (formato de 24 horas, Ej.: 10:00 pm en formato de 24 horas son las 22:00)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

b) Durante el último mes, ¿generalmente, cuánto tiempo (en minutos) ha tardado en dormirse cada noche?

Número en minutos  minutos

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

c) Durante el último mes, ¿generalmente, a qué hora se ha levantado por la mañana?

Hora  :  (formato de 24 horas, Ej.: 10:00 pm en formato de 24 horas son las 22:00)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

d) Durante el último mes, ¿cuántas horas durmió realmente por noche? (Esto puede ser diferente del número de horas que pasó en la cama.)

Número de  horas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**Para cada una de las preguntas siguientes, marque la respuesta más adecuada. Por favor conteste todas las preguntas.**

e) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo problemas para dormir porque usted...

Problema	Nunca durante el último mes	Menos de una vez por semana	Una o dos veces por semana	Tres o más veces por semana
e.1...no pudo dormirse en los primeros 30 minutos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.2...se despertó durante la noche o antes de la hora habitual a la cual se despierta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.3...tuvo que levantarse para ir al baño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.4...tuvo problemas para respirar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.5...tosía o roncaba fuertemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.6...tenía demasiado frío?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.7...tenía demasiado calor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.8...tuvo pesadillas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.9...tenía dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.10 Otro(s) motivo(s), por favor descríbalos):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**41.- ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES usted ha tomado alguno de los siguientes medicamentos de manera regular?**

Señale cuántos días de la semana los consume y cuántas tabletas toma a la semana. En caso de no consumir los medicamentos señalados, deje sin contestar.	Días de la semana					Tabletas a la semana			
	Menos de 1	1	2-3	4-5	6 o más	1-2	3-5	6-14	15 o más
Aspirina de baja dosis para la protección del corazón (NO PARA DOLOR) (Ej. Aspirina infantil, Cardioprotect, Disprina junior entre otros),	<input type="radio"/>								
Acetaminofen o paracetamol (ej. Tylenol, Temptra)	<input type="radio"/>								
Otro antiinflamatorio o analgésico. Ej. naproxeno, diclofenaco, metamizol entre otros para el tratamiento de dolor o inflamación (Ej. Analgen, Flanax, Voltaren, Diclac, entre otros)	<input type="radio"/>								
Medicamentos para bajar el colesterol tipo estatinas como simvastatina, atorvastatina, provastatina (Ej. Zorced, Lipitor, Kenstatin entre otros). Al menos 3 tabletas a la semana	<input type="radio"/>								
Algún tipo de medicamento diurético, comúnmente utilizado para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares como la furosemida, hidroclorotiazida, espironolactona (Ej. Lasix, Rofucal, Vivitar, entre otros)	<input type="radio"/>								
Metformina para el tratamiento de diabetes, prediabetes u obesidad (Ej. Predial, Dabex, entre otros). Al menos 3 tabletas a la semana	<input type="radio"/>								
Algún tipo de broncodilatadores para el tratamiento de asma como ipratropio, salbutamol, para el tratamiento de asma (Ej. Ventolin, Atrovent, entre otros)	<input type="radio"/>								
Algún tipo de glucocorticoides (cortisona) para el tratamiento de asma o alguna otra enfermedad alérgica o autoinmune (Ej. Beclonase, Pulmicort, entre otros)	<input type="radio"/>								
Algún antidepresivo como por ejemplo amitriptilina, fluoxetina, paroxetina, citalopram (Ej. Anapsique, Prozac, Paxil, Sertex, entre otros). Al menos 3 tabletas a la semana	<input type="radio"/>								
Algún tipo de tranquilizante o pastilla para dormir al menos 3 veces por semana	<input type="radio"/>								
Algún tipo de medicamento para reducir el peso que fue recetado por un médico	<input type="radio"/>								
Algún tipo de medicamento para reducir el peso que NO fue recetado por un médico	<input type="radio"/>								

**42.- En las siguientes preguntas sobre el horario de comidas, elija la respuesta que corresponda**

a) ¿Cuántas VECES AL DÍA consume alimentos?	1-2	3	4	5	6	7	8	9 o más
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Indique las ocasiones al día en las que usualmente come (marque todas las opciones que apliquen)	Antes del desayuno	Desayuno	Entre desayuno y comida (almuerzo)	Comida	Entre comida y cena	Cena o merienda	Entre cena e irse a dormir	Después de ir a la cama
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA desayuna (más que sólo café o té)?	Nunca	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA toma un alimento después de cenar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿A qué hora es su primer alimento?	f) ¿A qué hora es su último alimento?							
<input type="text"/> AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>							

**43.-¿Ha tomado algún tipo de multivitamínico (substancia que contiene varias vitaminas) en el último año?**

No  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 44

Sí

→ a) En caso de haber contestado SÍ a la pregunta anterior, por favor, indique la marca del multivitamínico:

- Biometrix  Diabion  Megan Woman GNC   
 Centrum  Megavita Q-10  Genérico intercambiable   
 Pharmaton  Simivitaminas  ISSSTE, IMSS, SSA  Otra  \_\_\_\_\_ especifique

→ b) Con qué frecuencia consume este tipo de productos:

- 2 veces o menos por semana  3 a 5 veces por semana  6 a 7 veces por semana

→ c) Por cuántos meses las ha tomado:

- 1-3 meses  4-6 meses  7-12 meses

44.-¿Usted ha tomado alguna de las siguientes vitaminas, en forma separada, sin contar las multivitaminas, en el último año? (puede seleccionar varias opciones)

			¿Cuántas veces por semana?			¿Por cuántos MESES las ha tomado?		
			2 o menos	3 a 5	6 a 7	1 a 3	4 a 6	7 a 12
Vitamina A (retinol, betacarotenos)	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamina B 3 (niacina)	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamina B 6	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complejo B	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potasio	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamina C	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamina E	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selenio	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamina D	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magnesio	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hierro	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ácido Fólico	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ácidos Grasos Omega 3	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coenzima Q10	Sí	<input type="radio"/> contestó sí, continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45.- Ha tomado CALCIO en el último año, en forma separada, independientemente de las vitaminas:

No  SI CONTESTÓ NO, CONTINUAR EN LA PREG. 46

Sí

→ a) En caso de haber contestado Sí a la pregunta anterior, por favor, indique la marca.

Caltrate!       Os-Call       Genérico intercambiable   
 Calcium       Osteomin       Sector Salud : ISSSTE, IMSS, SSA       OTRA       Otra, especifique: \_\_\_\_\_  
 Dical       Ostemin

→ b) Con qué frecuencia consume este tipo de productos:

2 veces o menos por semana       3 a 5 veces por semana       6 a 7 veces por semana

→ c) Por cuántos meses los ha tomado:

1-3 meses       4-6 meses       7-12 meses

46.- ¿Ha tomado algún tipo de suplemento alimenticio en el último año?

No

Sí

→ a) En caso de haber contestado Sí a la pregunta anterior, por favor, indique la marca del suplemento alimenticio.

Omnilife Omni plus       Omnilife FEM       Omnilife supermix   
 Omnilife Dolce vital       Omnilife Fiber       Omnilife Starbien   
 Herbalife       Sector Salud   
 Ensure       Enutre       OTRA       Otra, especifique: \_\_\_\_\_

→ b) Con qué frecuencia consume este tipo de productos:

2 veces o menos por semana       3 a 5 veces por semana       6 a 7 veces por semana

→ c) Por cuántos meses los ha tomado:

1-3 meses       4-6 meses       7-12 meses







8. CEREALES Y TUBÉRCULOS	PROMEDIO CONSUMIDO DURANTE EL AÑO PASADO <b>Seleccione una opción por renglón</b>																													
	Nunca	Una vez al mes ó menos	2-3 veces al mes	1 vez a la semana	2-4 veces a la semana	5-6 veces a la semana	1 vez al día	2-3 veces al día	4-5 veces al día	6 ó más veces al día																				
8.16 Una bolsita de cacahuates, habas o pepitas saladas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.16.1 Un plato de cereal alto en fibra (ej. All Bran, Fitness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.16.2 Señale el tipo y marca de cereal alto en fibra que consume con mayor frecuencia: Tipo y marca: <small>(ej. All Bran, de Kellogs)</small>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> <p>NO RELLENAR</p>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																					
8.17 Un plato de cereal de caja bajo en fibra (ej. Special K, Zucaritas, Corn Pops, Chocokrispis, Fruit Loops)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.18 Una rebanada de pastel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.19 Una galleta dulce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.20 Barra de cereal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.21 Un caramelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.22 Una pieza de chocolate oscuro (amargo o semi-amargo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.23 Una pieza de chocolate con leche o chocolate blanco (ej: Hershey's, M&M's, Lunetas, Carlos V, Snickers, Milky Way)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
8.24 Una cucharada de mermelada, miel o ate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				

Si usted consume frecuentemente (1 VEZ POR SEMANA O MÁS) algún otro alimento que NO se haya mencionado en la lista anterior, por favor anótelo a continuación

9. OTROS ALIMENTOS CONSUMIDOS	1 vez a la semana	2-4 veces a la semana	5-6 veces a la semana	1 vez al día	2-3 veces al día	4-5 veces al día	6 ó más veces al día
9.1 Otro alimento consumido más de una vez por semana, especifique:	<input type="radio"/>						
9.2 Otro alimento consumido más de una vez por semana, especifique:	<input type="radio"/>						
9.3 Otro alimento consumido más de una vez por semana, especifique:	<input type="radio"/>						

**47. Por Favor, proporciónenos la siguiente información de sus últimos 3 embarazos.**  
(si nunca ha estado embarazada, por favor, deje en blanco y pase a la pregunta 48)

<p>a) Edad del <b>ÚLTIMO</b> embarazo.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				<p>b) Tipo de Parto</p> <p><input type="radio"/> Vaginal</p> <p><input type="radio"/> Cesárea</p> <p><input type="radio"/> Aborto</p>	<p>c) Hijo nacido</p> <p><input type="radio"/> Vivo</p> <p><input type="radio"/> Muerto</p>	<p>d) ¿Cuántos meses le dio pecho a su bebé?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
<p>e) Tipo de lactancia</p> <p><input type="radio"/> Exclusiva (solamente leche materna los primeros 6 meses)</p> <p><input type="radio"/> Predominantemente leche materna (leche materna más agua, té o jugos)</p> <p><input type="radio"/> Parcial (leche materna y fórmula láctea)</p>	<p>f) ¿Cuánto pesaba antes del embarazo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				<p>g) ¿Cuántos kilogramos subió en el embarazo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
<p>h) ¿Cuánto pesaba un año después del parto?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				<p>i) ¿Durante el embarazo se le diagnosticó alguna de las siguientes condiciones?</p> <p><input type="radio"/> Preclampsia, eclampsia, o presión alta del embarazo</p> <p><input type="radio"/> Diabetes gestacional</p>	<p>j) ¿Tomó algún suplemento durante el embarazo?</p> <p><input type="radio"/> Ácido fólico</p> <p><input type="radio"/> Hierro</p> <p><input type="radio"/> Calcio</p> <p><input type="radio"/> Multivitaminas</p>																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					

<p>a) Edad del <b>PENÚLTIMO</b> embarazo.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				<p>b) Tipo de Parto</p> <p><input type="radio"/> Vaginal</p> <p><input type="radio"/> Cesárea</p> <p><input type="radio"/> Aborto</p>	<p>c) Hijo nacido</p> <p><input type="radio"/> Vivo</p> <p><input type="radio"/> Muerto</p>	<p>d) ¿Cuántos meses le dio pecho a su bebé?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
<p>e) Tipo de lactancia</p> <p><input type="radio"/> Exclusiva (solamente leche materna los primeros 6 meses)</p> <p><input type="radio"/> Predominantemente leche materna (leche materna más agua, té o jugos)</p> <p><input type="radio"/> Parcial (leche materna y fórmula láctea)</p>	<p>f) ¿Cuánto pesaba antes del embarazo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				<p>g) ¿Cuántos kilogramos subió en el embarazo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					
<p>h) ¿Cuánto pesaba un año después del parto?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </div>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				<p>i) ¿Durante el embarazo se le diagnosticó alguna de las siguientes condiciones?</p> <p><input type="radio"/> Preclampsia, eclampsia, o presión alta del embarazo</p> <p><input type="radio"/> Diabetes gestacional</p>	<p>j) ¿Tomó algún suplemento durante el embarazo?</p> <p><input type="radio"/> Ácido fólico</p> <p><input type="radio"/> Hierro</p> <p><input type="radio"/> Calcio</p> <p><input type="radio"/> Multivitaminas</p>																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																		
0	1	2	3	4	5	6																																					

