

Cuestionario epidemiológico – Llenado por el paciente

Recomendación general para completar el cuestionario: por favor, escribir en MAYUSCULA

1 – DATOS DE LA INVESTIGATION

1.1.1. Fecha en la que se completa el cuestionario (día/mes/año):

1.1.2. Hora de inicio de entrevista:

1.2. Lugar en el que se completa el cuestionario (Instituto u otro):

1.3. Persona que llenó el cuestionario:

Paciente	Familiar	Médico	Otro

2 – DATOS PERSONALES

Nombres:

Apellidos:

Numero INEN del paciente:

Fecha de nacimiento (día/mes/año):

Edad: años Sexo: Hombre Mujer

Lugar de nacimiento (Departamento/Provincia/Ciudad):

Idioma natal ó etnia:

Teléfono ó teléfono celular:

Dirección actual:

Actividad laboral actual:

Por los chicos, si es posible, cuál fue el peso de nacimiento:

2.1. Estado civil

Marcar con una X el que corresponda

Soltero(a)	
Conviviente	
Casado(a)	
Divorcio(a)	
Viudo(a)	

2.2. Nivel de educación:

Marcar con una X el que corresponda

Analfabeto(a)	
Primaria	
Secundaria	
Estudios superiores	
Técnica	

2.3.1. ¿Tiene hijos?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

2.3.2. Si tiene hijos, ¿cuántos?

Cuantos hijos	
Cuantas hijas	

2.4.1. ¿Cuál es su ingreso mensual?

Marcar con una X el que corresponda

Menos de 300 soles	
Entre 300 y 600 soles	
Entre 600 y 1500 soles	
Más de 1500 soles	
Más de 5000 soles	

2.4.2. ¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?

Marcar con una X el que corresponda

Menos de 300 soles	
Entre 300 y 600 soles	
Entre 600 y 1500 soles	
Más de 1500 soles	
Más de 5000 soles	

3 – ENTORNO DE VIDA

3.1.1. Menciona sus actividades laborales desempeñadas anteriormente (hace un año ó más):

Tipo de actividad laboral	Tiempo (en años)
Trabajo actual:	

3.1.2. Menciona las actividades laborales (actuales o desempeñadas) de:

PADRE	MADRE	ESPOSO/ESPOSA

3.2.1. Tipo de lugar donde vive:

Marcar con una X el que corresponda

Ciudad	
Campo	
Asentamiento humano	
Otro	

Si es otro, especificar cual:

3.2.2. Estructura de vivienda actual:

Marcar con una X el que corresponda

Vivienda de esteras	
Vivienda de albergue	
Vivienda de concreto	
Otro	

Si es otro, especificar cual:

3.2.4. ¿Hace cuánto tiempo vive a la dirección actual?

Marcar con una X el que corresponda

1 año o menos	
Entre 1 año y 2 años	
Entre 2 años y 4 años	
Entre 4 años y 6 años	
Entre 6 años y 10 años	
Más de 10 años	

3.2.3. Tipo de vivienda actual:

Marcar con una X el que corresponda

Sin hogar	
Departamento	
Casa	
Asilo	
Orfanato	
Albergue social	
Otro	

Si es otro, especificar cual:

3.2.5. ¿Con quién(es) vive? (Puede marcar más de uno)

Marcar con una X los que correspondan

Padres	
Hermano(a)(s)	
Esposo(a) o conviviente	
Hijos	
Solo(a)	
Con campaneros de cuarto	
Otro	

Si es otro, especificar:

3.2.6. Si usted ha vivido en diferentes direcciones en los últimos 15 años, especifique en qué lugares y cuánto tiempo:

Ciudad	Departamento	Provincia	Tiempo (en años)

3.2.7. Especificar los tipos de empresas o actividades principales o de importancia en su provincia (por ejemplos, minas, puertos, agrícolas, textiles,...):

Año	Tiempo	Tipos de actividades

3.2.8. ¿Cuál es el lugar de origen de su familia?

Parentesco	Departamento	Provincia	Distrito

3.3.1. ¿Tiene animales?

Marcar con una X el que corresponda, Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 4.1.1.

SI	
NO	

3.3.2. Si la respuesta es sí, que tipo de animales (puede marcar más de uno):

Marcar con una X el que corresponda

Mascotas (perros, gatos, aves ...)	
Ganado (vacas, cerdos , ovejas, conejos ...)	
Aves de corral (pollos, patos ...)	
Otro	

3.3.3. Si tiene animales, por favor especificar que animales:

--

4 – ESTILO DE VIDA

4.1.1. La comida que consume mayormente es: (una respuesta sola posible)

Marcar con una X el que corresponda

Sembrada y cultivada	
Fresca del mercado	
Conserva o enlatada	
No conocido	

4.1.2. ¿Qué es lo que más consume? (puede marcar más de uno)

Marcar con una X los que correspondan

	Poco	Frecuentemente
Carne		
Pollo		
Pescado		
Papas		
Tocosh		
Chuño		
Arroz		
Vegetales		
Frutas		
Dulces		
Snack		
Otro		
Si es otro, por favor especificar que:		

4.2. ¿De dónde viene el agua que consume? (puede marcar más de uno)

Marcar con una X los que correspondan

	Poco	Frecuentemente
Agua en botella		
Agua corriente/grifo		
Pozo		
Arroyo/rio		
Agua de lluvia		
Agua de cisterna		
No conocido		
Otro		
Si es otro, por favor especificar que :		

4.3.1. ¿Recibe tratamiento actualmente para alguna enfermedad?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

4.3.2. ¿Ha recibido tratamiento continuo para alguna enfermedad?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

4.3.3. ¿Para cuales enfermedades ha recibo ó recibe tratamientos continuos? Especifica los nombres de los tratamientos si puede.

Nombre de las enfermedades	Nombre de los tratamientos

4.4.1. ¿Realiza regularmente actividad física?

Marcar con una X el que corresponda
Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 4.5.1.

SI	
NO	

4.4.2. Si realiza actividad física, ¿Con que frecuencia?

Marcar con una X el que corresponda

Diario	
Interdiario	
Semanalmente	
Mensualmente	

4.5.1. ¿Fuma?

Marcar con una X el que corresponda
Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 4.6.1.

SI	
NO	

4.5.2. ¿Ha fumado antes?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

4.5.3. Si fuma o ha fumado, ¿qué?

Marcar con una X el que corresponda

Cigarros	
Puros	
Cigarros y puros	
Otro	

4.5.4. Si fuma o ha fumado, ¿por cuánto tiempo?

Marcar con una X el que corresponda

Menos de 2 años	
Entre 2 y 5 años	
Entre 5 y 10 años	
Más de 10 años	

4.5.5. Si fuma o ha fumado, ¿Cuánto?

Marcar con una X el que corresponda

Entre 1 y 5 cigarros por día	
Entre 5 y 10 cigarros por día	
Entre 10 y 25 cigarros (o un paquete) por día	
Más de 25 cigarros (o un paquete) por día	

4.5.6. Si fuma o ha fumado, ¿A qué edad empezó a fumar?

..... años

4.5.7. Si ha fumado, ¿A qué edad dejó a fumar?

..... años

4.6.1. ¿Con que frecuencia toma alcohol?

Marcar con una X el que corresponda

Nunca	
Diario	
Interdiario	
Fin de semana	
Antiguo bebedor	

Si antiguo bebedor, desde cuántos años no toma:

4.6.2. Si toma o ha tomado ¿Qué cantidad toma por día?

Marcar con una X el que corresponda

Menos de un vaso	
Un vaso	
2 vasos	
Más de 2 vasos	

Si es más de 2 vasos, por favor especificar qué cantidad:

4.6.3. Si toma o ha tomado, ¿Qué tipo de alcohol toma usted frecuente? (puede marcar más de uno)

Marcar con una X los que correspondan

Vino	
Cerveza	
Chicha de jora	
Aguardiente peruano (Pisco, Ron, Cañazo)	
Aguardiente(Whisky, Vodka)	
Otro	

Si es otro, por favor especificar cuál:

4.6.4. Si toma o ha tomado, ¿por cuánto tiempo ha tomado?

Marcar con una X el que corresponda

Menos de 3 años	
Entre 3 y 5 años	
Entre 5 y 10 años	
Más de 10 años	

4.6.5. Si toma, ¿A qué edad empezó a tomar? ¿A qué edad dejó a tomar?

..... años yaños

4.7.1. ¿Consume drogas?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

4.7.2. ¿Ha consumido drogas?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

Si las respuestas a las preguntas 4.7.1. y 4.7.2. son NO pasar a la pregunta 4.8.1

4.7.3. Si consume o ha consumido drogas, ¿cuáles son? (puede marcar más de uno)

Marcar con una X los que correspondan

Marihuana (Cannabis)	
Cocaína	
Heroína	
Anfetamina	
Acido (como LSD)	
Otro	

Si otro, especificar cuál:

4.7.4. Si consume o ha consumido drogas, ¿Cuál es la vía de consumo? (puede marcar más de uno)

Marcar con una X los que correspondan

Por la boca	
Por la nariz	
Por inyección (o piel)	
Por fumar	
Otro	

Si es otro, especificar cuál:

4.7.5. Si consume o a consumido drogas, ¿Hace cuantos años o por cuantos años consumió drogas?

..... años

4.8.1. ¿Utiliza usted o su familia pesticidas en casa?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

4.8.2. ¿Utiliza usted o su familia fertilizantes en casa?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

4.8.3. Si usted o su familia utiliza pesticidas o fertilizantes ¿Con que frecuencia? ¿Utiliza usted o su familia pesticidas en casa? P: Pesticidas F: Fertilizantes

Marcar con una X el que corresponda

Nunca	P	F	
Semanalmente	P	F	
Mensualmente	P	F	
Anualmente	P	F	
Otro	P	F	

Si es otro, precisar:

4.8.4. Si la respuesta es si, por favor si posible nómbrelos :

Nombres de las pesticidas	Nombres de los fertilizantes

4.9.1. ¿Utiliza medicina tradicional (plantas u otros) para tratar enfermedades en general?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 4.9.6.

4.9.2. Si la respuesta es si, por favor precisar el nombre de la(s) planta(s) y de la(s) enfermedad(es) y síntomas asociados al uso:

Nombres de las plantas	Enfermedades y síntomas

4.9.3. Si la respuesta es si, para cada planta ¿cuales son las partes de planta usadas? (hoja, tallo, raíces, flores, ...):

4.9.4. Si la respuesta es si, precisar si la receta o la forma como consume las plantas medicinales (ejemplos: infusión, masticación, aplicación sobre la piel, baño, etc ...):

4.9.5. Si la respuesta es si, precisar quien ha indicado a usted el uso de esas plantas?

4.9.6. ¿Tomó usted algún tipo de medicina tradicional para reducir el dolor antes de venir al INEN?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

4.9.7. Si la respuesta es si, por favor precisar el nombre de la(s) planta(s):

Nombres de las plantas

4.9.8. Si la respuesta es si, para cada planta ¿cuales son las partes de planta usadas? (hoja, tallo, raíces, flores, ...):

4.9.9. Si la respuesta es si, precisar si la receta o la forma como consume las plantas medicinales (ejemplos: infusión, masticación, aplicación sobre la piel, baño, etc ...):

4.9.10. Si la respuesta es si, precisar quien ha indicado a usted el uso de esas plantas?

4.9.11. Si la respuesta es si, ¿Por cuanto tiempo ha tomado esas plantas?

5 – DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

5.1.1.1. En qué parte del cuerpo Ud. siente dolor por los cuáles viene al INEN (puede marcar más de uno):

Marcar con una X los que correspondan

Dolor de barriga	
Dolor de espalda	
Calambre muscular	
Dolor de cabeza	
Dolor al respirar	
Otro dolor	

Si es otro, precisar:

5.1.1.2. Como el paciente describe sus síntomas actuales por los cuáles viene al INEN (puede marcar más de uno):

Marcar con una X los que correspondan

Ictericia (coloración amarilla)	
Nauseas	
Vómitos	
Garganta irritada	
Trastornos digestivos	
Embalonamiento (gas)	
Retorcijones en el estómago	
Falta de apetito	
Llenura (poco apetito)	
Baja de peso	
Diarrea	
Problema para dormir	
Fatiga	
Debilidad general	
Preocupación	
Tristeza	
Cambio de voz	
Otro	

Si es otro, precisar:

5.1.1.3. Si presenta sangrado especificar (puede marcar más de uno):

Marcar con una X los que correspondan

Nasal	
Boca	
Orina	
Otro	

Si es otro, precisar:

5.1.1.4. Si presenta cambios en la piel especificar (puede marcar más de uno):

Marcar con una X los que correspondan

Irritación	
Prurito	
Enrojecimiento	
Sensibilidad	
Deshidratación	
Otro	

Si es otro, precisar:

5.1.2. ¿Desde cuánto tiempo el paciente siente los síntomas (precisar días o meses o año)?

Dolor	
Otros síntomas	

5.2.1. ¿Tuvo algún tratamiento para tratar los síntomas antes de venir al INEN?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 5.3 (siguiente página).

5.2.2. Si la respuesta es si, por favor precisar el nombre del tratamiento(s) :

Nombres de los tratamientos

5.3. Describir brevemente el progreso medical y clínico antes de la llegada al INEN (consulta médico, clínica, hospital, etc...):

Mes	Año	Progreso médico

6 – HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

6.1.1. Historia tumoral personal del paciente:

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 6.2.1

6.1.2. Si la respuesta es sí, por favor precisar el tipo de tumor :

6.1.3. Si la respuesta es sí, por favor precisar el año de diagnóstico del tumor:

--	--

6.1.4. Si la respuesta es sí, por favor precisar el tipo de tratamiento para el tumor: (puede marcar más de uno)

Marcar con una X los que correspondan

Cirugía	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Ningún	
Otro	

Si otro, precisar:

6.1.5. Si la respuesta es sí, por favor precisar donde se ha realizado el tratamiento:

--

6.2.1. El paciente sufre de una enfermedad crónica

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

6.2.2. Si la respuesta es sí, por favor precisar el nombre de las enfermedad(es) crónica(s) :

--

6.2.3. Si la respuesta es sí, por favor precisar el tipo de tratamiento para la(s) enfermedad(es) crónica(s):

--

6.3.1. ¿Sabe Ud. si padece de hepatitis?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

6.3.2. ¿El paciente está vacunado por el hepatitis?

Marcar con una X el que corresponda

SI	
NO	

Si la respuesta es si, por favor precisar si es posible hepatitis A o B:

6.3.3. Si la respuesta es sí, precisar la fecha (año) de vacunación:

--

6.4.1. Familiares con antecedentes de cáncer (puede marcar más de uno):

Marcar con una X el que corresponda

S: SI N: NO ?: Desconoce

Esposa/esposo	S	N	?
Padre	S	N	?
Madre	S	N	?
Hermano	S	N	?
Hermana	S	N	?
Abuelo paternal	S	N	?
Abuela paternal	S	N	?
Abuelo maternal	S	N	?
Abuela maternal	S	N	?
Tíos/Tías paternal	S	N	?
Primos/Primas paternal	S	N	?
Tíos/Tías maternal	S	N	?
Primos/Primas maternal	S	N	?
Antecedentes familiares no conocidos			
Otro			

Si otro, precisar:

6.4.2. Si la respuesta es sí, precisar si posible el tipo de cáncer y la fecha (año):

Persona	Tipo de cáncer	Año

1.1.3 Hora de fin de entrevista: