



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GENÉTICA HUMANA

CUESTIONARIO DE SALUD Y NUTRICIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

FEGM: 00_____

NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ años

GÉNERO → M F

ESTADO CIVIL → Soltero(a) Casado(a) Unión libre Divorciado(a) Viudo(a)

¿USTED TIENE HIJOS? → Si No

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

SU RESIDENCIA SE ENCUENTRA EN → Área urbana Área rural

USTED VIVE EN → Casa propia Arriendo Otro

USTED VIVE CON → Padres y/o hermanos Abuelos Tíos y/o primos Pareja y/o hijos Solo(a)
Otros

¿ACTUALMENTE USTED TRABAJA? → Si No

DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO: _____

E-MAIL: _____

ESTADO DE SALUD

¿USTED CONSIDERA QUE SU ESTADO DE SALUD ES ÓPTIMO? → Si No

SI SU GÉNERO ES FEMENINO RESPONDA LO SIGUIENTE:

- a) ¿Actualmente usted se encuentra en estado de embarazo? → Si No
b) ¿Actualmente usted está lactando a un niño(a) menor de 2 años? → Si No
c) ¿Actualmente usted usa anticonceptivos orales, inyectables, etc.? → Si No

INDIQUE SI SUFRE O HA SUFRIDO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS ALTOS | <input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO | <input type="checkbox"/> GLICEMIA ALTA |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> SOBREPESO/OBESIDAD | <input type="checkbox"/> BAJO PESO/DESNUTRICIÓN |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> ESTRÉS | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS/INTOLERANCIAS | <input type="checkbox"/> ENF. NEUROLÓGICAS | <input type="checkbox"/> CÁNCER |
| <input type="checkbox"/> ENF. RESPIRATORIAS | <input type="checkbox"/> ENF. GASTROINTESTINALES | <input type="checkbox"/> ENF. CARDIOVASCULARES |
| <input type="checkbox"/> ENF. GENITOURINARIAS | <input type="checkbox"/> INFECCIOSAS (Virus, bacterias, hongos o parásitos). | |
| <input type="checkbox"/> ENF. INMUNOLÓGICAS (Lupus, artritis, esclerosis, SIDA, etc). | | |
| <input type="checkbox"/> ENF. ENDOCRINOLÓGICAS (hipo e hipertiroidismo, alteraciones en la hormona del crecimiento, etc). | | |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA | | |

SEÑALE SI ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA (ABUELOS, PADRES, HERMANOS, ETC.) SUFRE O HA SUFRIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS ALTOS | <input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO | <input type="checkbox"/> GLICEMIA ALTA |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> SOBREPESO/OBESIDAD | <input type="checkbox"/> BAJO PESO/DESNUTRICIÓN |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> ESTRÉS | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS/INTOLERANCIAS | <input type="checkbox"/> ENF. NEUROLÓGICAS | <input type="checkbox"/> CÁNCER |
| <input type="checkbox"/> ENF. RESPIRATORIAS | <input type="checkbox"/> ENF. GASTROINTESTINALES | <input type="checkbox"/> ENF. CARDIOVASCULARES |
| <input type="checkbox"/> ENF. GENITOURINARIAS | <input type="checkbox"/> INFECCIOSAS (Virus, bacterias, hongos o parásitos). | |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GENÉTICA HUMANA

- ENF. INMUNOLÓGICAS (Lupus, artritis, esclerosis, SIDA, etc).
 ENF. ENDOCRINOLÓGICAS (hipo e hipertiroidismo, alteraciones en la hormona del crecimiento, etc).
 NINGUNA

¿ACTUALMENTE USTED ESTA RECIBIENDO ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** indique por qué razón: _____

¿RECIENTEMENTE USTED HA SIDO SOMETIDO(A) A ALGÚN TIPO DE CIRUGÍA? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** indique cuál (es): _____

¿ACTUALMENTE USTED ESTA CONSUMIENDO ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** señale cuál (es): _____

¿ACTUALMENTE USTED CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS? → Si No

¿ACTUALMENTE USTED FUMA? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** responda lo siguiente:

- a) ¿Desde hace cuánto tiempo fuma? → Menos 6 meses Entre 6 y 24 meses Más de 24 meses
b) ¿Con qué frecuencia fuma? → 1-3 veces/mes 1-3 veces/semana 4-6 veces/semana Diario
c) Al día usted fuma la siguiente cantidad de cigarrillos:
Menos de 2 unidades Entre 2 y 4 unidades Entre 5 y 10 unidades Más de 10 unidades

¿ACTUALMENTE USTED CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** responda lo siguiente:

- a) ¿Desde hace cuánto tiempo consume bebidas alcohólicas?:
Menos 6 meses Entre 6 y 24 meses Más de 24 meses
b) ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?:
Nunca o casi nunca 1-3 veces/mes 1-3 veces/semana 4-6 veces/semana Diario
c) Al día usted consume el siguiente número de bebidas alcohólicas:
Menos de 3 unidades Entre 3 y 6 unidades Entre 7 y 10 unidades Más de 10 unidades

RESPECTO DE SUS HÁBITOS DE SUEÑO RESPONDA LO SIGUIENTE:

- a) ¿Usted considera que la calidad de su sueño es óptima? → Si No
b) ¿Cuántas horas duerme en un día regular? →
Menos de 6 horas Entre 6 y 8 horas Más de 8 horas

¿DE 1 A 5 CÓMO CALIFICA SU NIVEL DIARIO DE ESTRÉS? → 1 2 3 4 5

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RELACIONADAS CON SUS HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA:

¿Actualmente usted realiza algún tipo de actividad física? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** responda lo siguiente:

- a) ¿Qué tipo de actividad física realiza?: _____

b) ¿Con qué frecuencia realiza dicha actividad física?:
1-3 veces/mes 1-3 veces/semana 4-6 veces/semana Diario



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GENÉTICA HUMANA

- c) Al día cuanto tiempo realiza dicha actividad física:
Menos de 30 minutos Entre 30 y 60 minutos Más de 60 minutos

RESPECTO DE SU RESIDENCIA RESPONDA LO SIGUIENTE:

- a) ¿Su residencia dispone de todos los servicios públicos básicos (agua, luz, gas, teléfono, etc.)? →
Si No
- b) ¿Usted considera que el entorno ambiental circundante a su residencia es óptimo? →
Si No
- c) **Indique si cerca de su residencia se encuentra lo siguiente:**

PUEDA MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> FÁBRICAS INDUSTRIALES | <input type="checkbox"/> PLAZAS DE MERCADO | <input type="checkbox"/> ESTACIONES DE GASOLINA |
| <input type="checkbox"/> PLANTAS ELÉCTRICAS | <input type="checkbox"/> BASUREROS | <input type="checkbox"/> CEMENTERIOS |
| <input type="checkbox"/> RÍOS/CAÑOS | <input type="checkbox"/> CANTERAS | <input type="checkbox"/> CALLES DESTAPADAS |
| <input type="checkbox"/> BARES/DISCOTECAS | <input type="checkbox"/> AUTOPISTAS | <input type="checkbox"/> AEROPUERTOS |
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | | |

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

USTED DESCRIBE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS COMO →

Excelentes Buenos Regulares Malos

USTED CONSIDERA QUE SU APETITO ES → Abundante Normal Moderado Escaso

¿CUÁNTAS VECES USTED CONSUME ALIMENTOS EN UN DÍA REGULAR? →

Menos de 3 veces De 3-6 veces Más de 6 veces

INDIQUE EL NÚMERO DE COMIDAS QUE USTED CONSUME EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SITIOS EN UN DÍA REGULAR → Vivienda ____ Restaurante ____ Universidad ____ Trabajo ____ Otro ____

¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED CONSUME ALIMENTOS MENOS DE 3 VECES AL DÍA? →

Nunca o casi nunca 1-3 veces/mes 1-3 veces/semana 4-6 veces/semana Diariamente

¿ACTUALMENTE USTED CONSUME SUPLEMENTOS, COMPLEMENTOS O SIMILARES? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** responda lo siguiente:

- a) ¿Usted reemplaza alguna de sus comidas principales con alguno de estos productos?:

Si No , si su respuesta es **afirmativa** indique **qué comida sustituye y con cuál producto:**

¿ES USTED VEGETARIANO(A)? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** especifique si es:

Estricto o Vegano Lactovegetariano Ovovegetariano Otro

¿ACTUALMENTE USTED SIGUE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO DIETÉTICO/NUTRICIONAL? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** señale cuál y si se la indicó un profesional en nutrición:

¿SEÑALE CUALES ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES SON SUS FAVORITOS? → _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GENÉTICA HUMANA

¿INDIQUE CUALES ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES NO SON DE SU GUSTO? → _____

SEÑALE SI USTED HA PRESENTADO EPISODIOS DE INTOLERANCIA (GASES, DOLOR ESTOMACAL, DIARREA, ETC.) A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

- LECHE DE VACA TRIGO CEBADA CENTENO
 AVENA OTRO NINGUNO

Si su respuesta es **OTRO** indique a qué alimento(s): _____

INDIQUE SI USTED HA PRESENTADO EPISODIOS DE ALERGIA (HINCHAZON, PICAZÓN, URTICARIA O RONCHAS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SHOCK, ETC.) A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

- LECHE DE VACA HUEVOS SOYA
 MANÍ NUECES PESCADOS O MARISCOS
 FRUTAS O VERDURAS OTRO NINGUNO

Si su respuesta es **OTRO** indique a qué alimento(s): _____

RESPECTO DE SU PESO CORPORAL RESPONDA LO SIGUIENTE:

a) ¿Usted ha tenido variaciones importantes en su peso corporal los últimos 6 meses? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** describa por qué razón: _____

b) ¿Usted ha intentado ganar o perder peso corporal? → Si No , si su respuesta es **afirmativa** describa cómo: _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E INDICADORES BIOQUÍMICOS

ANTROPOMETRÍA	
INDICADOR	VALOR
PESO USUAL	
PESO ACTUAL	
TALLA	
CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA	
IMC	