



Costes familiares e individuales en la vida diaria y en los aspectos relacionados con la salud y las enfermedades



VERSIÓN PARA ADULTOS

Cuestionario desarrollado por Wageningen University (WU) y University of East Anglia (U.E.A.) para el proyecto EUROPREBALL. Adaptación al español llevada a cabo por Servicio de Alergia y la Unidad de Bioestadística Clínica del Hospital Ramón y Cajal, que participan en el proyecto europeo EUROPREBALL.



Instrucciones para cumplimentar el cuestionario:

Este cuestionario ha sido desarrollado en el seno del proyecto Europrevall y tiene como objetivo ofrecer una mejor calidad de vida para las personas con alergia a alimentos. Para ello es preciso recoger información acerca de costes en la vida diaria de personas con alergia a alimentos y de personas sin alergia a alimentos y poder así establecer una comparación.

Estos costes incluyen el dinero gastado en comida y actividades de ocio, así como medicación y visitas a profesionales sanitarios o estancias hospitalarias. Es importante también medir el coste en términos de cantidad de tiempo empleado en vistas médicas o estancias en hospitales. Es necesario que la respuesta sea lo mas precisa posible.

Algunas preguntas son específicamente sobre su alergia a alimentos. En estas preguntas, aquellos de ustedes sin alergia a alimentos pueden contestar la opción “no aplicable” o saltar a la siguiente pregunta relevante (esto se indicará en las preguntas correspondientes). El tiempo estimado para cumplimentar el cuestionario es aproximadamente de 20-25 minutos.

Algunas preguntas se refieren a usted y otras al gasto del núcleo familiar. Núcleo familiar entendido como una persona que vive sola o un grupo de personas que viven juntas y comparten las comidas (l menos una comida al día). Si no es capaz de contestar alguna de las preguntas, por favor, consulte a otro miembro de su familia. Si no puede contestar exactamente, trate de hacer una estimación lo mas aproximada posible. Tenga en cuenta que no hay respuestas “correctas” o “erróneas”. Si las preguntas no son aplicables a usted o ninguna de las personas que componen el núcleo familiar señale la opción “no procede”. Si una de las preguntas es sobre lo que paga por algo y la respuesta es nada, conteste “cero” donde se indica.

Hay espacio para hasta cinco miembros del núcleo familiar, incluyendo su cónyuge/pareja. Si son más, los detalles del resto de miembros se deben de dar en hojas distintas.

Hemos contactado con usted a través del listado de pacientes de su medico. Toda la información recogida será estrictamente confidencial, es decir, su nombre no aparecerá en ninguno de los informes del estudio.

Para más información acerca del proyecto europeo Europrevall puede visitar la siguiente dirección: www.Europrevall.org. Si tiene alguna pregunta concreta sobre este cuestionario o sobre el proyecto contacte con la Dra. Inmaculada Cerecedo Carballo: icerecedo.hrc@salud.madrid.org



I. Su familia y su salud

Pregunta 1

Háblenos de cada uno de los miembros de su familia: el parentesco con usted, qué edad tienen, si son hombres o mujeres y si tienen algún tipo de alergia a algún alimento

	Parentesco (hijo, hija, madre, padre, otra)	Edad	Hombre o mujer (escriba H o M)	Tiene algún tipo de alergia a algún alimento (rodee con un círculo sí o no)	¿Esta alergia a alimentos ha sido diagnosticada por un médico? (rodee con un círculo sí o no)
Usted		_____	_____	Sí No	Sí No
Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/> No procede	_____	_____	Sí No	Sí No
Hijo mayor	_____	_____	_____	Sí No	Sí No
Otro miembro 1	_____	_____	_____	Sí No	Sí No
Otro miembro 2	_____	_____	_____	Sí No	Sí No

Pregunta 1a

En total, ¿de cuántos niños y adultos se compone su familia?

Número de adultos _____ Número de niños _____

Pregunta 2

¿A qué tipo de alimento es usted alérgico, o cualquier otro miembro de su familia (en caso de que lo sea)?

Marque la casilla que podría aplicarse a su caso particular y a cada miembro de su familia

	Usted	Cónyuge o pareja	Hijo mayor	Miembro 1	Miembro 2
No procede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolate / otros dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne (roja o de ave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche y productos lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos (cacahuets)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sésamo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marisco / crustáceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trigo/gluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 3

Cuando tiene una reacción alérgica ante cualquier alimento, ¿presenta alguno de los síntomas que se describen en los cuatro apartados que figuran a continuación? *Responda sí, no o no procede para cada una de las casillas*

Apartado 1 (marque sí en caso de padecer uno o más síntomas de los que figuran a continuación)

Picores, sarpullido, fatiga, somnolencia, debilidad, ansiedad o depresión

- Sí
 No
 No procede

Apartado 2 (marque sí en caso de padecer uno o más síntomas de los que figuran a continuación)

Labios hinchados, edema garganta, miembros hinchados, náuseas, vómitos, diarrea, retortijones, agüilla en la nariz, obstrucción nasal, picor en los ojos

- Sí
 No
 No procede

Apartado 3 (marque sí en caso de padecer uno o más síntomas de los que figuran a continuación)

Distensión abdominal, gases, indigestión, mareo, ahogo, "pitos" en el pecho, ruido en la garganta al coger aire.

- Sí
 No
 No procede

Apartado 4 (marque sí en caso de padecer uno o más síntomas de los que figuran a continuación)

Palidez, desvanecimiento, colapso, incontinencia urinaria, incontinencia intestinal, descenso de la tensión arterial.

- Sí
 No
 No procede

Si tiene cualquier otro síntoma diferente a los anteriormente descritos, anótelos en esta casilla:

Pregunta 4

¿Qué edad tenía USTED cuando se dio cuenta por primera vez (usted o sus padres / tutor) de que USTED padecía una alergia a algún alimento?

Marque sólo una casilla

- 0-2 años 3-6 7-9 años 10 – 12 13-15 años 16-18 años
 19 -25 años 26-39 años 40 – 64 años 65 o más No lo sé No procede

Pregunta 5

¿Padece usted u otro miembro de su familia alguna enfermedad, problema de salud o incapacidad que se haya prolongado en el tiempo y que limite sus actividades diarias?

Marque sí o no o no procede para cada caso concreto de cada uno de los miembros de su familia

Usted	Cónyuge / pareja	Hijo mayor	Otro miembro 1	Otro miembro 2
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede

Pregunta 6

Indique qué aspectos pueden aplicarse para describir su estado de salud a día de hoy marcando una opción en cada recuadro de los que figuran a continuación.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problema para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal.
- Tengo algunos problemas para lavarse y vestirse.
- Soy incapaz de lavarse o vestirse.

Actividades cotidianas (por ejemplo, trabajo, estudio, tareas domésticas, etc.)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.
- Tengo algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas.
- Soy incapaz de desarrollar sus actividades cotidianas.

Dolor / malestar

- No tengo dolor o malestar.
- Tengo dolor moderado o malestar.
- Tengo mucho dolor o malestar.

Ansiedad / depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido.
- Estoy muy ansioso o deprimido.

Pregunta 7

¿Cómo evaluaría su estado de su salud? *Rodee con un círculo la opción que mejor se ajuste a la descripción de su estado de salud*

Excelente
(1)

Muy bueno
(2)

Bueno
(3)

Aceptable
(4)

Malo
(5)

II. Coste de las visitas a profesionales de la salud en su propio beneficio (sin incluir los ingresos en hospitales)

Pregunta 8

¿Con qué frecuencia (si se da el caso) acude a visitar a cualquiera de los profesionales de la salud que figuran a continuación con motivo de SU PROPIA salud (sin incluir los ingresos en hospitales)?

Marque una opción para cada uno de los profesionales de la salud

	Una vez a la semana	Una vez al mes	Cuatro veces al año	Tres veces al año	Dos veces al año	Una vez al año	Una vez cada 2 años	Con menor frecuencia	Nunca
[1] Médico de familia en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Enfermero / a de una consulta especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Especialista (centro de especialidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Especialista (hospital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Terapeuta alternativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 9

¿Con qué frecuencia (si se da el caso) es visitado en su propio domicilio por alguno de los siguientes profesionales de la salud?

	Una vez a la semana	Una vez al mes	Cuatro veces al año	Tres veces al año	Dos veces al año	Una vez al año	Una vez cada 2 años	Con menor frecuencia	Nunca
[1] Médico de familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Terapeuta alternativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 10

¿Suele ir acompañado de algún miembro de su familia cuando acude a visitar a los profesionales de la salud?

Marque una opción para cada profesional de la salud

	No, va solo / a	Mi cónyuge / pareja	Mi cónyuge / pareja y otros miembros	Otros miembros entre los que no se encuentra mi pareja	No procede
[1] Médico de familia en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Enfermero / a de una consulta especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[4] Especialista (centro de especialidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Especialista (hospital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Terapeuta alternativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 11

¿Cuánto tiempo suele emplear en las visitas a los profesionales de la salud (incluyendo el tiempo de espera y de consulta con los profesionales)?

Marque una opción para cada profesional de la salud

	1-10 minutos	11-15 minutos	16-20 minutos	21-30 minutos	31-60 minutos	Más de una hora	No procede
[1] Médico de familia en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Enfermero / a de una consulta especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Especialista (centro de especialidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Especialista (hospital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Terapeuta alternativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 12

¿Qué medio de transporte utiliza normalmente cuando tiene que visitar a los profesionales de la salud?

Marque una opción para cada profesional de la salud

	Vehículo propio	Transporte público	Caminando / bicicleta	Otro	No procede
[1] Médico de familia en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Enfermero / a de una consulta especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Especialista (centro de especialidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Especialista (hospital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Terapeuta alternativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 13

Cuando acude a visitar a los profesionales de la salud, ¿qué cantidad suele pagar en concepto de tarifas de aparcamiento, precio del billete en transporte público o precio del taxi en cada visita?

Refleje la cantidad en euros (€)

	Tarifas de aparcamiento (€)	Transporte público o precio del taxi (€)	No procede
[1] Médico de familia en un centro de salud	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a en un centro de salud	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[3] Enfermero / a de una consulta especializada	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[4] Especialista (centro de especialidades)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[5] Especialista (hospital)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[6] Dietista	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[7] Fisioterapeuta	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[8] Terapeuta alternativo	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Pregunta 14

Cuando acude a visitar a profesionales de la salud con motivo de su propia salud, ¿cuánto suele abonar personalmente (si procede) por la consulta?

No incluya ningún pago que esté cubierto por el seguro privado de enfermedad

	€	No procede
[1] Médico de familia en un centro de salud	_____	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a en un centro de salud	_____	<input type="checkbox"/>
[3] Enfermero / a de una consulta especializada	_____	<input type="checkbox"/>
[4] Especialista (centro de especialidades)	_____	<input type="checkbox"/>
[5] Especialista (hospital)	_____	<input type="checkbox"/>
[6] Dietista	_____	<input type="checkbox"/>
[7] Fisioterapeuta	_____	<input type="checkbox"/>
[8] Terapeuta alternativo	_____	<input type="checkbox"/>

Pregunta 15

¿Cuántos kilómetros suele recorrer para visitar a los profesionales de la salud y cuánto tiempo emplea en este recorrido?

	Kilómetros	Tiempo empleado en llegar (minutos)	No procede
[1] Médico de familia en un centro de salud	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>
[2] Enfermero / a en un centro de salud	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>
[3] Enfermero / a de una consulta especializada	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>
[4] Especialista (centro de especialidades)	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>
[5] Especialista (hospital)	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>
[6] Dietista	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>
[7] Fisioterapeuta	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>
[8] Terapeuta alternativo	_____	→ _____	<input type="checkbox"/>

Pregunta 16

En lo que respecta a las visitas que han tenido lugar en los últimos 3 MESES, ¿alguno de los miembros de su familia disminuyó sus ganancias como consecuencia de estas visitas?

Marque todo lo que proceda

No	<input type="checkbox"/>			<u>Cantidad en</u> €	No procede
Sí, mis ganancias se vieron mermadas	<input type="checkbox"/>	→	¿Cuánto?	_____	
Sí, mi cónyuge / pareja vio mermadas sus ganancias	<input type="checkbox"/>	→	¿Cuánto?	_____	<input type="checkbox"/>
Sí, otro miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	→	¿Cuánto?	_____	<input type="checkbox"/>

Pregunta 17

¿Cuántas medicinas le ha recetado A USTED su médico durante los últimos 3 MESES y cuánto pagó por ellas?

Incluya todas las prescripciones que se repitan

Número de recetas _____ ¿Cuánto pagó por ellas? _____

Pregunta 18

En total, ¿cuánto ha gastado en la adquisición de medicamentos sin receta durante los últimos 3 MESES (incluya las adquisiciones para todos los miembros de su familia)?

Total gastos en € _____

III. Ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses

Pregunta 19

En los últimos 12 MESES, ¿cuántas veces (si las ha habido) ha necesitado ingresar en una unidad de corta estancia, un hospital o en urgencias? En caso de que haya ingresado, le rogamos que especifique el número total de días que pasó en cada uno de los diferentes tipos de hospital

Si no ha sido ingresado/a durante los últimos 12 meses pase a la Pregunta 23

Unidad de corta estancia [1] Hospital [2] Sala de urgencias [4]

¿Cuántas veces? _____ ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuántas veces? _____

Número de días _____ Número de días _____ Número de días _____

Pregunta 20

Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido trasladado/a a un hospital en ambulancia? Si es así, ¿podría especificar el número de veces y la cantidad que tuvo que abonar personalmente por este servicio (no incluya los gastos cubiertos por el seguro de enfermedad)?

- Sí → ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuánto costó? _____ €
 No

¿Cómo suele desplazarse hasta el hospital? Marque sólo una casilla

- Coche Transporte público Camin and o / bicic leta Otros No procede

¿A qué distancia del hospital se encuentra su domicilio y cuánto tiempo suele emplear en desplazarse hasta dicho hospital?

U. de corta estancia [1]	Hospital [2]	Urgencias [3]
_____ Kilómetros	_____ Kilómetros	_____ Kilómetros
_____ Minutos	_____ Minutos	_____ Minutos

En total, ¿cuánto dinero ha gastado en tarifas de transporte o de aparcamiento para desplazarse al hospital durante los últimos 12 meses?

_____ €

¿Cuántas veces recibió la visita de miembros de su familia durante el tiempo que permaneció en el hospital en los últimos 12 meses?

¿Cuántos miembros de su familia suelen acudir en cada visita?

Pregunta 21

Durante los últimos 12 MESES, ¿alguno de los miembros de su familia le acompañó al hospital cuando le ingresaron?

Marque sólo una casilla

- No, acudí yo solo/a
 Me acompañó mi cónyuge/pareja
 Me acompañó mi cónyuge/pareja y otros miembros de mi familia
 Me acompañaron otros miembros de mi familia (entre los que no se incluye a mi cónyuge/pareja)

Pregunta 22

¿Su cónyuge / pareja, cualquier otro miembro de su familia o usted mismo/a ha visto disminuidos sus ingresos como consecuencia las estancias en el hospital de su hijo durante los últimos 12 MESES?

Marque todo lo que proceda

<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí , mis ganancias se vieron mermadas	→ ¿Cuánto? _____ €
<input type="checkbox"/> Sí, mi cónyuge / pareja vio mermadas sus ganancias	→ ¿Cuánto? _____ €
<input type="checkbox"/> Sí, otros miembros de la familia	→ ¿Cuánto? _____ €

IV. Días de baja en el trabajo y otras actividades durante EL ÚLTIMO MES

Pregunta 23

Durante el último **MES**, ¿cuántos días (en caso de que los haya habido) ha estado usted u otro miembro de su familia de baja en su trabajo (incluyendo trabajo voluntario) o no ha acudido a la escuela, instituto o universidad debido a una enfermedad?

Usted	Cónyuge / pareja	Hijo mayor	Miembro 1	Miembro 2
<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede
<input type="text" value="días"/>	<input type="text" value="días"/>	<input type="text" value="días"/>	<input type="text" value="días"/>	<input type="text" value="días"/>

Pregunta 24

Realice un cálculo de la merma en sus ingresos o en los ingresos de cualquier otro miembro de su familia (en caso de que se hayan producido) como consecuencia de haber estado de baja laboral durante el último **MES** (€); si no se experimentó merma alguna, escriba '0'

Usted	Cónyuge / pareja	Hijo mayor	Miembro 1	Miembro 2
<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede
_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Pregunta 25

Durante el **ÚLTIMO MES**, ¿se ha visto usted o cualquier otro miembro de su familia incapacitado para desarrollar cualquier tarea doméstica como consecuencia de una enfermedad?

Marque sólo una casilla

- Sí (→ Pregunta 26)
 No (→ Pregunta 27)

Pregunta 26

Introduzca el número de días durante los que usted y / o cualquier otro miembro de su familia fueron incapaces de desempeñar sus tareas domésticas durante el último mes.

	Usted	Cónyuge / pareja	Otros miembros
		<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> No procede
Compra en el supermercado	_____ días	_____ días	_____ días
Limpieza	_____ días	_____ días	_____ días
Cocina	_____ días	_____ días	_____ días
Jardinera	_____ días	_____ días	_____ días
Cuidado de los niños	_____ días	_____ días	_____ días
Otras	_____ días	_____ días	_____ días

Pregunta 27

Durante el último mes, ¿ha recibido la ayuda de alguien ajeno a la familia para llevar a cabo cualquier tarea doméstica que si no fuese por su enfermedad hubiera podido realizar usted solo/a?

Marque sólo una casilla

Sí (→Pregunta 28)

No (→Pregunta 29)

Pregunta 28

¿Cuántas horas de ayuda recibió durante EL ÚLTIMO MES y qué desembolso le supusieron?

Número de horas _____ → Coste total _____ €

V. Costes de la vida

Pregunta 29

Durante los últimos 12 MESES, ¿ha adquirido algún utensilio o se han realizado modificaciones para ayudarle en su domicilio como consecuencia de su enfermedad (por ejemplo, una batería de cocina, un horno de pan o una batidora)?

Marque sólo una casilla

Sí (→ Pregunta 30)

No (→ Pregunta 31)

Pregunta 30

Especifique la cantidad de artículos que adquirió y el coste total de los mismos

Número de artículos _____ Coste total _____ €

Pregunta 31

¿Qué cantidad se emplea CADA SEMANA como media en la compra de alimentos en su familia?

(Si desconoce este dato, le rogamos que se lo pregunte a la persona que se encargue de la compra semanal de alimentos en su domicilio)

_____ €

Pregunta 32

¿Cuánto tiempo emplea COMO MEDIA usted (o la persona que se encargue de la compra / cocina en su domicilio) en la compra y preparación de los alimentos CADA SEMANA?

(Si desconoce este dato, le rogamos que se lo pregunte a la persona que se encargue de la compra semanal de alimentos en su domicilio)

Tiempo empleado en la adquisición de alimentos cada semana _____ horas

Tiempo empleado en la preparación de los alimentos cada semana _____ horas

Pregunta 33

¿Qué cantidad destina semanalmente a la alimentación en el trabajo / escuela / universidad (por ejemplo, la comida del comedor)?

No procede

SI NO ES ALÉRGICO A NINGÚN ALIMENTO, DIRÍJASE A LA PREGUNTA 35

Pregunta 34

Si usted (u otros miembros de su familia) no padeciera alergia, el tiempo y el dinero destinado semanalmente a satisfacer las necesidades alimenticias, ¿sería mayor, igual o menor?

(Si desconoce este dato, le rogamos que se lo pregunte a la persona que se encargue de la compra semanal de alimentos en su domicilio) Marque sólo una casilla

	Más	Igual	Menos	No estoy seguro / a
En dinero empleado en la adquisición de alimentos sería...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El dinero empleado en alimentos en el trabajo / escuela sería...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo empleado en comprar sería....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo empleado en la preparación de los alimentos sería...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Actividades de ocio

Pregunta 35

Durante el mes pasado, ¿comió fuera de su domicilio, sin contar las comidas efectuadas en el trabajo (por ejemplo en un café, un restaurante, un bar, etc.)?

- Sí → ¿Cuántas veces? _____
- No

Pregunta 36

¿En total cuanto ha gastado en comer fuera de casa el MES PASADO (excluyendo las comidas efectuadas en el trabajo)?

Escriba 0 si no ha destinado ninguna cantidad monetaria en comidas fuera de su domicilio durante el mes pasado

_____ €

Pregunta 37

Durante el MES PASADO, ¿cuántas veces ha pedido comida para llevar o ha encargado comida a domicilio?

Escriba 0 si no ha realizado ninguna de estas dos acciones

Número _____

Pregunta 38

¿Cuánto dinero ha destinado en total a comidas para llevar o comidas a domicilio durante el MES PASADO?

Escriba 0 si no ha destinado ninguna cantidad monetaria a comida para llevar o comida a domicilio durante el mes pasado

_____ €

No procede

Pregunta 39

En los últimos 12 MESES, ¿ha estado de vacaciones fuera de su domicilio?

- Sí → ¿Cuántas veces? _____ Días en total _____ → ir a Pregunta 40)
- No (→ ir a Pregunta 42)

Pregunta 40

¿Cuánto dinero ha empleado en total en vacaciones fuera de su domicilio durante los últimos 12 MESES?

_____ €

Pregunta 41

¿Cuánto dinero destinó a comida durante las vacaciones lejos de su domicilio durante los últimos 12 MESES?

_____ €

VII. Vida diaria

Pregunta 42

A continuación le presentamos una escala; imagine que establecemos que la parte de arriba de la misma representa la mejor vida posible para usted (y para cada uno de los miembros de su familia), y la parte de abajo representa la peor vida posible. ¿En qué posición de la escala se ubicaría a usted, a su pareja y a cualquier otro miembro de su familia en el momento actual?

Trace una línea a través de la puntuación que más se adecue usted y cada uno de los miembros de su familia.

Usted	Su pareja	Hijo mayor	Miembro 1	Miembro 2
	[] No procede	[] No procede	[] No procede	[] No procede
[10] mejor posib.	[10] mejor posib.	[10] mejor posib.	[10] mejor posib.	[10] mejor posib.
[9]	[9]	[9]	[9]	[9]
[8]	[8]	[8]	[8]	[8]
[7]	[7]	[7]	[7]	[7]
[6]	[6]	[6]	[6]	[6]
[5]	[5]	[5]	[5]	[5]
[4]	[4]	[4]	[4]	[4]
[3]	[3]	[3]	[3]	[3]
[2]	[2]	[2]	[2]	[2]
[1]	[1]	[1]	[1]	[1]
[0] peor vida posible	[0] peor vida posible	[0] peor vida posible	[0] peor vida posible	[0] peor vida posible

Pregunta 43

Cuéntenos cualquier acontecimiento relevante en su vida que haya ocurrido como consecuencia de su salud

Marque todo lo que proceda

- Mi elección de trabajo o profesión se ha visto restringida
- Dejé mi trabajo
- Me despidieron de mi trabajo
- Cambié de trabajo
- Me desplazé a diferentes domicilios / ciudades
- No he podido tomar parte en actividades deportivas o de ocio
- Mi vida social está limitada
- Cambié de colegios
- He estado hospitalizado / a
- He pospuesto tener hijos / ampliar mi familia
- La relación con mi pareja fracasó
- Tuve un choque anafiláctico
- He experimentado cambios emocionales (enfado, miedo, ansiedad, marginación, trauma...)
- Ninguno de los aspectos anteriores

Pregunta 44

¿Utiliza Internet, bibliotecas o líneas de ayuda para recibir consejos e información acerca de la salud o enfermedades?

- Sí → ¿Cuántos minutos al mes? _____
- No

VIII. Acerca de usted y su familia

Pregunta 45

¿Cuenta con seguro médico privado / adicional?

Marque sólo una opción

- Sí → ¿Cuál es el importe anual de la póliza? _____ €
- No

Pregunta 46

¿Cuál es el nivel educativo que han alcanzado usted y su pareja?

Rodee con un círculo la opción 'sí' o 'no' para cada nivel

	Usted	Su cónyuge / pareja
Sin estudios	Sí No	Sí No
Ha completado la educación primaria	Sí No	Sí No
Ha completado la educación secundaria	Sí No	Sí No
Ha obtenido un título de formación profesional	Sí No	Sí No
Ha obtenido un título universitario	Sí No	Sí No

Pregunta 47

¿Cuál de la s siguientes categorías describe mejor su situación laboral actual y la de su cónyuge / pareja?

Marque sólo una casilla para usted y otra para su cónyuge / pareja

USTED

- Empleado / a – media jornada
- Empleado / - jornada completa
- Trabajador por cuenta propia con empleados a su cargo
- Trabajador por cuenta propia sin empleados a su cargo
- Desempleado /a y buscando trabajo
- Desempleado /a y sin buscar trabajo
- Jubilado / a
- Estudiante
- Realiza las tareas del hogar (Ama de casa)
- Beneficiario / a de pensión por invalidez
- Otras (especificar).....

CÓNYUGE / PAREJA

- No procede
- Empleado / a – media jornada
- Empleado / - jornada completa
- Trabajador por cuenta propia con empleados a su cargo
- Trabajador por cuenta propia sin empleados a su cargo
- Desempleado /a y buscando trabajo
- Desempleado /a y sin buscar trabajo
- Jubilado / a
- Estudiante
- Realiza las tareas del hogar (Ama de casa)
- Beneficiario / a de pensión por invalidez
- Otras (especificar).....

Pregunta 48

Si cuenta con un empleo remunerado, ¿cuántas horas semanales trabajan usted y su pareja / cónyuge?

Usted

- No procede

Número de horas a la semana _____

Pareja / cónyuge

- No procede

Número de horas a la semana _____

Pregunta 49**Usted y su cónyuge / pareja, ¿tienen trabajadores a su cargo en sus respectivos trabajos?***Marque sólo una casilla para usted y para su pareja / cónyuge*

Usted

Pareja / cónyuge

 No procede No procede Sí Sí No No**Pregunta 50****¿Qué ingresos MENSUALES reciben usted y su pareja / cónyuge por su trabajo una vez descontados los impuestos y otras deducciones? Si la remuneración de su cónyuge / pareja cambia de semana en semana, marque las casillas que hagan referencia a la media lo más aproximada posible de la cantidad que reciben ambos.***Marque sólo una casilla para usted y otra para su cónyuge / pareja*

€ al mes

Sus ingresos

Los ingresos de su pareja / cónyuge

No procede

[1] 100 € o menos

[2] 101 € - 200 €

[3] 201 € - 300 €

[4] 301 € - 500 €

[5] 501 € - 700 €

[6] 701 € - 900 €

[7] 901 € - 1200 €

[8] 1201 € - 1500 €

[9] 1501 € - 1800 €

[10] 1801 € - 2200 €

[11] 2201 € - 2600 €

[12] 2601 € - 3,000 €

[13] 3,001 € - 3,500 €

[14] 3501 - 4000 €

[15] 4001 - 4500 €

[16] 4501 € o mas

Pregunta 51

Calcule lo mas aproximadamente posible el total de ingresos mensuales en su hogar (sumando los ingresos de todos los miembros de su familia, incluyendo prestaciones sociales y pensiones tales como pensiones estatales, subsidio por desempleo, pensión por invalidez / incapacidad, apoyos económicos, créditos familiares, etc., una vez que se hayan descontado impuestos y otras deducciones.

_____ €

Pregunta 52

Analizando su situación actual, ¿qué cantidad mensual NETA consideraría como... (sumando sus ingresos y los de su pareja)?

Introduzca una cantidad por línea

...muy mala? _____ €

...mala? _____ €

...insuficiente? _____ €

...suficiente? _____ €

...buena? _____ €

...muy buena? _____ €

¡Muchas gracias por su colaboración!