



DATOS DONANTE

Sexo Hombre Mujer

Fecha de nacimiento _____

Altura _____

Peso _____

ACTIVIDAD FÍSICA

¿Qué tipo de ejercicio implica su trabajo o actividad habitual?

- Sentado la mayor parte del tiempo
- De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos
- Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes
- Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico

¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?

- No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)
- Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.)
- Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
- Entrenamiento físico varias veces a la semana

Indique su situación laboral habitual:

- Parado
- Estudiante
- Opositor
- Ama de casa
- Trabajador autónomo
- Trabajador por cuenta ajena
- Empresario
- Funcionario

Por favor, especifique lo mejor posible, cuál es su profesión:

MEDIOS DE TRANSPORTE

Seleccione cuál es su medio habitual de transporte:

- Coche particular como conductor
- Coche particular como pasajero
- Transporte público (autobús, metro...)
- Andando
- Bicicleta
- Moto

HÁBITOS ALIMENTICIOS

¿Con que frecuencia comió usted la semana pasada los alimentos que figuran a continuación?

| | 0 días | 1-2 días | 3-5 días | 6-7 días |
|-------------------------------|--------|----------|----------|----------|
| Fruta fresca | | | | |
| Carne | | | | |
| Pescado | | | | |
| Pasta, arroz, patatas | | | | |
| Pan, cereales | | | | |
| Verdura | | | | |
| Legumbres | | | | |
| Embutidos | | | | |
| Lácteos | | | | |
| Huevos | | | | |
| Dulces (galletas, mermeladas) | | | | |

¿Cuántas tazas de café o té toma normalmente al día?

¿Usted fuma actualmente?

Sí No

En caso afirmativo, con qué frecuencia:

Diariamente Ocasionalmente

¿Qué tipo de tabaco y cantidad fuma usted:

Cigarros _____

Puros _____

Pipa _____

¿A qué edad empezó usted a fumar?

Si ha dejado de fumar indique a qué edad

En caso de no ser actualmente fumador, ¿ha fumado alguna vez?

Sí

No

ALCOHOL

¿Qué cantidad de alcohol consume?

¿Toma vino en las comidas?

Sí, cuantos vasos? _____
 No _____

¿Toma vino fuera de las comidas?

Sí, cuantos vasos? _____
 No _____

¿Toma cerveza a diario?

Sí, cuantas cervezas? _____
 No _____

¿Toma cervezas el fin de semana?

Sí, cuantas cervezas? _____
 No _____

¿Toma alguna copa a diario?

Sí, ¿cuántas copas? _____
 No _____

¿Toma alguna copa el fin de semana?

Sí, ¿cuántas copas _____
 No _____

¿Dónde ha residido usted, por periodos superiores a un año, desde su nacimiento? (especifique su provincia de residencia, el tiempo que ha residido en ella y el tamaño del municipio donde residió). Indíquelo en orden cronológico, del más antiguo al más actual.

| Residencia | Duración (años) | Tamaño* |
|------------|-----------------|---------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

*Tamaño del municipio de residencia: indicar en la tabla el código que corresponda al tamaño:

- 1. Menos de 1.000 hab.
- 2. De 1.000 a 10.000 hab.
- 3. De 10.000 a 50.000 hab.
- 4. De 50.000 a 500.000 hab.
- 5. Más de 500.000 hab.

¿Tiene usted hijos?

Sí, ¿cuántos? _____

No

¿Tiene algún hijo, hermano... con alguna discapacidad intelectual?

Sí

Parentesco _____

Tipo discapacidad _____

Grado _____

No

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO

IDIOMAS

¿Cuál es la lengua (o lenguas) que usted aprendió en su infancia y que aún puede entender?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

¿Qué otros idiomas habla o comprende?

1. _____
2. _____
3. _____

ESTUDIOS

¿Cuáles son sus estudios oficiales de más alto nivel que ha alcanzado?

- Estudios primarios (graduado escolar)
- Formación Profesional de 1º grado
- Formación Profesional de 2º grado
- Bachillerato Superior (BUP, bachillerato, LOGSE, COU, PREU)
- Diplomatura
- Licenciatura
- Doctorado
- Ninguno

ENFERMEDADES

¿Sufre o ha sufrido usted alguna enfermedad relevante?

- Sí
- No

¿Han sufrido sus padres o abuelos alguna enfermedad relevante?

- Sí
- No

CUESTIONARIO GENEALÓGICO

| NACIMIENTO | | |
|------------|-------|------------------|
| | Lugar | Fecha nacimiento |
| Donante | | |
| Padre | | |
| Madre | | |

| FALLECIMIENTO | | |
|---------------|-------|---------------------|
| | Lugar | Fecha fallecimiento |
| Donante | | |
| Padre | | |
| Madre | | |

Si usted o sus familiares sufren o han sufrido alguna enfermedad indíquelo abajo

ENFERMEDADES

| | Donante | Padre | Madre | Abuelo paterno | Abuelo materno | Abuela paterna | Abuela materna |
|--|---------|-------|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Enfermedades infecciosas | | | | | | | |
| Tumores | | | | | | | |
| Enfermedades de la sangre | | | | | | | |
| Enfermedades endocrinas | | | | | | | |
| Enfermedades mentales o del comportamiento | | | | | | | |
| Enfermedades del sistema nervioso | | | | | | | |
| Alteraciones oculares | | | | | | | |
| Alteraciones auditivas | | | | | | | |
| Enfermedades circulatorias o del corazón | | | | | | | |
| Enfermedades arteriales o venosas | | | | | | | |
| Enfermedades respiratorias o pulmonares | | | | | | | |
| Enfermedades de los huesos | | | | | | | |
| Enfermedades congénitas | | | | | | | |
| Enfermedades autoinmunes | | | | | | | |
| Enfermedades de la piel | | | | | | | |
| Enfermedades del aparato digestivo | | | | | | | |

Por favor, si las conoce, especifíquelas

Donante _____

Padre _____

Madre _____

Abuelo paterno _____

Abuelo materno _____

Abuela paterna _____

Abuela materna _____

Muchas gracias por su colaboración