

Indique la hora de su último alimento: |__|__| : |__|__| AM PM

1. INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren a sentimientos y pensamientos que ha experimentado usted en el ÚLTIMO MES. Para cada pregunta, por favor señale con qué frecuencia se sintió de esa manera, de acuerdo con las siguientes opciones: nunca, casi nunca, de vez en cuando, frecuentemente y siempre. Si no experimentó ese sentimiento o pensamiento llene el círculo de la casilla marcada como NUNCA.

En el último mes, con qué frecuencia	Promedio durante el último MES Seleccione una opción por renglón				
	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	Siempre
¿Se sintió enojada por incidentes que le sucedieron de forma inesperada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sintió que no tenía control sobre los asuntos importantes en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió nerviosa o muy tensa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió segura de su habilidad para resolver sus problemas personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió tranquila porque las cosas iban de acuerdo con como usted lo esperaba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió incapaz de poder realizar sus tareas cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sintió que podía controlar su enojo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió tranquila de que no tenía asuntos pendientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se enojó por cuestiones que estaban fuera de su control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sintió que tenía tantos problemas que no podría superarlos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren al uso de productos de belleza y de higiene personal. Para responder este apartado es importante que recuerde la frecuencia de uso de los siguientes productos en los **ÚLTIMOS 12 MESES**. Si no utilizó el producto llene el círculo de la casilla marcada como NUNCA.

COSMÉTICOS Y PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL	Promedio de uso durante el último AÑO Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Loción o crema corporales	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Perfume	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Crema facial	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Crema de manos	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Bloqueador solar	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Maquillaje en polvo o líquido	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Desodorante o antitranspirante	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Esmalte de uñas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Quitaesmalte	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Rimel	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Delineador o sombra de ojos	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Lápiz labial, lipstick, labello, bilé o delineador de labios	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Shampoo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Acondicionador	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Gel, spray, mousse o crema para modelar cabello	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Producto para depilarse	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Desmaquillante	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren al uso de recipientes. Para responder este apartado es importante que recuerde la frecuencia de uso de los siguientes recipientes en los ÚLTIMOS 12 MESES. Si no utilizó el recipiente llene el círculo de la casilla marcada como NUNCA.

RECIPIENTES PLÁSTICOS	Promedio de uso durante el último <u>AÑO</u> Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
¿Tomó una botella de agua?	<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"/>
¿Tomó un vaso de agua de garrafón?	<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"/>
¿Tomó leche o jugo de cartón o Tetrapak?	<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"/>
¿Tomó una lata de refresco o jugo?	<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"/>
¿Tomó una botellita de yogurt líquido?	<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"/>
¿Consumió chiles jalapeños enlatados?	<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"/>
¿Consumió granos de elote (elotitos) enlatados?	<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"/>
¿Consumió chícharos enlatados?	<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"/>
¿Ha consumido frijoles en lata?	<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"/>
¿Ha utilizado aceite embotellado en recipiente de plástico, para cocinar?	<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"/>
¿Ha consumido embutidos (jamón, chorizo, queso de puerco, etc.) empacados al alto vacío?	<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"/>
¿Ha consumido atún o sardinas en lata?	<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"/>
¿Ha calentado su comida en tupper en el microondas?	<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"/>

¿Ha consumido otro tipo de enlatados a los mencionados anteriormente? Sí No

Por favor mencione qué enlatados ha consumido _____

4. INSTRUCCIONES: Recuerde los ÚLTIMOS 12 MESES, en promedio cuántas veces a la semana consumió los siguientes productos. Por favor seleccione la respuesta adecuada. Si no consumió el producto llene el círculo de la casilla NUNCA.

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el últimos 12 MESES									
	Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Un refresco <u>LIGHT</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale el tipo del refresco light que más consume:

Ejemplo: Coca-Cola light, Pepsi light _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último 12 MESES									
	Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Un refresco <u>ZERO</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale el tipo del refresco zero que más consume:

Ejemplo: Sprite zero, Coca zero _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último 12 MESES									
	Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Agua de sabor <u>light</u> o <u>sin azúcar</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale tipo y marca del agua light que más consume

Ejemplo: Agua ciel de jamaica light, Be Light sabor limón _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último 12 MESES									
	Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Un té <u>light</u> embotellado o enlatado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale tipo y marca del té light que más consume

Ejemplo: té de limón light, Lipton light, Nestea light, Diet Snapple, Fuze Tea Light _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último 12 MESES									
	Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Un vaso de agua de fruta natural <u>con endulzante artificial</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale la marca del endulzante artificial (sin azúcar ni calorías) que le pone

Ejemplo: Splenda, Canderel, Stevia, Sweet & Low, Nutra Sweet, Sucril _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último <u>12 MESES</u> Seleccione una opción por renglón									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Un vaso de agua hecha con saborizante artificial <u>sin azúcar (light)</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale la marca del saborizante artificial (sin azúcar ni calorías) que más utiliza

Ejemplo: Polvo Clight, polvo Nestea Light, polvo Zuco light, polvo Be Light _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último <u>12 MESES</u>									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Un yogurt <u>light</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale tipo y marca del yogurt light que más consume:

Ejemplo: Svelty light, vitalínea, yoplait, alpura o lala light (bebible o en vaso): _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último <u>12 MESES</u>									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Un sobre de endulzante artificial para su té o café	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale la marca del endulzante artificial que más consume:

Ejemplo: Splenda, Canderel, Sucaril, Stevia, Svetia _____

Otra bebida light, especifique: _____

Otro alimento que tenga edulcorante artificial. Ejemplo: Helados light, Brownies light, Galletas con Splenda, Dulces para diabético, etc. _____

FRECUENCIA DE CONSUMO	Promedio de consumo durante el último <u>AÑO</u>									
	Nunca	Una vez al mes o 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 o más veces al día
Una cucharada de Miel o Mermelada <u>light</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Una pieza de chicle o goma de mascar <u>sin azúcar (light)</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Señale la marca de chicles que más consume: Ejemplo: trident, chiclets, ice breakers _____

Señale la marca de mermelada y/o miel que más consume: Ejemplo: Smucker's, Clemente Jacques, Mc Cormick, Karo _____