



? Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Nombre y Contacto

Creación de Cuenta

Hola, bienvenido a TecSalud, agradecemos su interés por participar, antes de iniciar con la creación de su cuenta existen algunas restricciones que le enlistamos enseguida y que debe confirmar:

- ☐ Soy mayor de edad (18 años):
- ☐ Tengo nacionalidad mexicana y cuento con identificación oficial (INE, pasaporte, cédula profesional):
- ☐ He leído y estoy de acuerdo con el aviso de privacidad:

[Leer Aviso de privacidad](#)

Después de registrarse y crear su contraseña, habrá que **agendar una cita** para que conozca más el proyecto, nos des su consentimiento, y si está de acuerdo, una muestra de sangre.

Nombres:

Nombres

Apellido Paterno:

Apellido Paterno

Apellido Materno:

Apellido Materno

Correo Alternativo:

Correo Alternativo

Sexo:

?

Correo:

Correo

Teléfono:

Teléfono

Género:

?

Confirmación Correo:

Confirmación Correo

Teléfono Auxiliar:

Teléfono Auxiliar

¿Tiene familiares en el proyecto?:

☐ No ☐ Sí

Nombre completo del (los) familiar(es):

Nombre completo del (los) familiar(es)

Estado civil:

?

Religión:

Religión

Texto libre opcional. La lista solo es sugerencia. [Fuente](#)

Nota: Separe los familiares con una coma.

Fecha y Lugar de Nacimiento

Día:

Día

Mes:

?

Año:

Año

País:

País

Estado:

Estado

Municipio / Ciudad:

Municipio / Ciudad

Al registrarse acepta los términos y condiciones y la política de privacidad.

[Aviso de privacidad](#)



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación	5%
▸ C) Salud General	6%
▸ D) Percepción Personal	0%
▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental	100%
▸ F) Hábitos de Fumar y Beber	0%
▸ G) Salud Reproductiva	0%
▸ H) Fracturas y Dolores	0%
▸ J) Alimentación y Actividades	0%
▸ K) Vacunas y Medicamentos	0%
▸ L) Hospitalizaciones	50%
▸ M) Familiares	44%
▸ N) Hogar	0%
▸ P) Medición Física	0%

[Aviso de privacidad](#) ([Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica](#)).

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▼ B) Trabajo y Ocupación 5%

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Ahora vamos continuar la entrevista con los temas de su trabajo, ocupación y estudios.

B.1

Sobre sus estudios...

B.1.1

¿Cuál es su grado máximo de estudios?:

- ☐ Ninguno
☐ Primaria (de 1 a 6 grados)
☐ Secundaria (de 1 a 3 grados)
☐ Preparatoria
☐ Técnico
☐ Universidad (nivel licenciatura)
☐ Posgrado (maestría o doctorado)

B.1.2

¿Cuenta con certificado?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

B.1.3

Si en este momento sigue estudiando, indique el grado:

- ☐ No estudio actualmente
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Preparatoria
☐ Técnico
☐ Universidad
☐ Posgrado
☐ Otros (diplomados y otros)

B.1.4

¿A qué edad terminó de estudiar?: (años)

B.2

TRABAJO

B.2.1

Durante la última semana, ¿usted trabajó al menos una hora?

(incluyendo ayudar en las tierras o negocio de un familiar u otra persona): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

B.2.2

Durante la última semana, ¿Cuántas horas pasó en el trabajo?

(Para un turno de 6 días de 8 horas = 48. Para un turno de 5 días de 8 horas = 40 horas. Sin incluir tiempo de transporte):

 (horas)

B.2.3

¿Cuánto tiempo le toma de transporte para llegar a trabajar?:

 (horas:minutos)

B.2.4

¿Qué tanto de su trabajo requiere que esté de pie o caminando?:

- ☐ Casi nunca ☐ Algunas veces
☐ Usualmente ☐ Siempre ☐ No sé

B.2.5

¿Su trabajo requiere fuerte trabajo físico o manual?:

- ☐ Casi nunca ☐ Algunas veces
☐ Usualmente ☐ Siempre ☐ No sé

B.2.6

¿Con qué frecuencia su trabajo requiere turnos fuera del rango de 8am a 6pm?:

- ☐ Casi nunca ☐ Algunas veces
☐ Usualmente ☐ Siempre ☐ No sé

B.2.7

¿Su trabajo requiere trabajar en la noche?:

- ☐ Casi nunca ☐ Algunas veces
☐ Usualmente ☐ Siempre ☐ No sé

B.2.8

Ocupación:

 (fuente: INEGI)

De la siguiente lista, mencione a cuáles está expuesto en su trabajo...

B.2.9

Exposición a solventes: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

B.2.10

Productos químicos peligrosos: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

B.2.11

Sustancias radioactivas: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

- B.2.12

Fertilizantes, pesticidas:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- B.2.13

Residuos peligrosos biológico-infecciosos:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- B.2.14

Estrés que considere excesivo:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- B.2.15

Trabaja horas extras regularmente:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- B.2.16

Rota entre turnos nocturnos y diurnos:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

Ahora piense en su actividad laboral durante los últimos 7 días.

- B.2.17

En los últimos 7 días, ¿faltó algún día al trabajo?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- B.2.18

¿Cuántos días faltó a su trabajo por motivos de su salud?:
- B.2.19

¿Cuántos días faltó por cuidar o motivos de salud de otro miembro de su hogar?:
- B.2.20

¿Cuántos días faltó por cualquier otro motivo? (incluso vacaciones):
- B.2.21

En los últimos 7 días, ¿faltó parte de algún día al trabajo?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- B.2.22

¿Cuántos días faltó parcialmente al trabajo por motivos de su salud?:
- B.2.23

¿Cuántos días faltó parcialmente por cuidar o motivos de salud de otro miembro de su hogar?:
- B.2.24

¿Cuántos días faltó parcialmente por cualquier otro motivo? (incluso vacaciones):

- C) Salud General

6%
- D) Percepción Personal

0%
- E) Salud Visual, Auditiva y Dental

100%
- F) Hábitos de Fumar y Beber

0%
- G) Salud Reproductiva

0%
- H) Fracturas y Dolores

0%
- J) Alimentación y Actividades

0%
- K) Vacunas y Medicamentos

0%
- L) Hospitalizaciones

50%
- M) Familiares

44%
- N) Hogar

0%
- P) Medición Física

0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\)](#)

 Guardar



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▾ C) Salud General 6%

▾ C.1) Enfermedades Comunes

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Ahora vamos continuar la entrevista con el tema de las enfermedades mas comunes en México.

- Si alguno de los siguientes campos está activado o marcado como **Sí**, indica que sí ha padecido la enfermedad o condición.
- Solo especifique aquellos en los que ha sido **diagnosticado o tratado por un médico**.

C.1.1 DIABETES MELLITUS

C.1.1.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene algún tipo diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?: ☐ No ☒ Sí

C.1.1.2 Diabetes tipo 1: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.3 ¿A qué edad le diagnosticaron la diabetes Tipo 1?: (Tipo 1)

C.1.1.4 Diabetes tipo 2: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.5 ¿A qué edad le diagnosticaron la diabetes Tipo 2?:

C.1.1.6 Pre-diabetes: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.7 ¿A qué edad le diagnosticaron la pre-diabetes?:

¿Qué le ha pasado debido a la diabetes?

C.1.1.8 ¿Ha tomado pastillas (metformina) para controlar el azúcar?: ☐ No ☒ Sí

C.1.1.9 ¿cuántos años?: (años)

C.1.1.10 ¿cuántos meses?: (meses)

C.1.1.11 ¿se ha aplicado insulina para controlar el azúcar?: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.12 ¿Cuántos años?: (años)

C.1.1.13 ¿Cuántos meses?: (meses)

C.1.1.14 ¿ha tenido úlceras en piernas o pies?: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.15 ¿le han amputado alguna parte del cuerpo?: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.16 ¿le ha disminuido la visión?: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.17 ¿ha perdido la vista?: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.18 ¿le han hecho diálisis?: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.19 ¿Alguna vez le ha dado un coma diabético?: ☐ No ☐ Sí

C.1.1.20 ¿Sigue algún otro tratamiento para controlar su diabetes? Si la respuesta es "Si", especifique:

¿Sigue algún otro tratamiento para controlar su diabetes? Si la respuesta es

C.1.2 PRESIÓN ARTERIAL

Para continuar, ahora veremos su presión arterial

C.1.2.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta o hipertensión?: ☐ No ☒ Sí

C.1.2.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron?: (Hipertensión)

C.1.2.3 Pregunta solo para mujeres. ¿Estaba embarazada cuando le dijeron que su presión estaba alta?: ☒ No ☐ Sí

C.1.2.4 ¿Ha tomado alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta?: ☐ No ☐ Sí

C.1.2.5

¿Cuál?:

¿Cuál?

C.1.2.6

Lleva algún otro tratamiento para controlar su presión arterial? Si la respuesta es "Sí", especifique:

Lleva algún otro tratamiento para controlar su presión arterial? Si la respuesta es

¿Debido a la hipertensión?

C.1.2.7

¿ha sufrido daño en la retina?: ☐ No ☐ Sí

C.1.2.8

¿Ha acudido a un servicio de urgencias por su hipertensión?: ☐ No ☐ Sí

C.1.2.9

¿Por su hipertensión, ha estado hospitalizado por más de 24 horas?: ☐ No ☐ Sí

C.1.3

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Ahora vamos a seguir con su condición cardiovascular.

C.1.3.1

¿Ha tenido un dolor fuerte en el pecho, sudoración, con falta de aire o gran malestar que haya durado media hora o más?: ☐ No ☐ Sí

¿Le dijo un médico que usted que ha tenido (o tuvo) un...

C.1.3.2

¿Infarto o ataque al corazón?: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.3

¿A qué edad lo tuvo?: (el primer infarto)

C.1.3.4

¿Ha tomado algún medicamento por el infarto?: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.5

¿Qué medicamento?:

¿Qué medicamento?

C.1.3.6

Si sabe la causa del infarto, especifique:

Si sabe la causa del infarto, especifique

C.1.3.7

¿Embolia o un infarto cerebral?: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.8

¿Angina de pecho?
(dolor o molestia en el pecho, que desaparece regularmente de forma espontánea con el reposo o con medicinas): ☐ No ☐ Sí

C.1.3.9

¿Insuficiencia cardíaca?
(debilitamiento de la capacidad de bombeo del corazón, que provoca edema en pies, tobillos y piernas, cansancio y falta de aire): ☐ No ☐ Sí

C.1.3.10

¿Enfermedad coronaria isquémica?: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.11

¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (Enf. coronaria isquémica)

C.1.3.12

¿Arritmias?
(Latidos demasiado rápidos, lentos, o de manera irregular.): ☐ No ☐ Sí

C.1.3.13

¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (arritmias)

C.1.3.14

¿Enfermedad arterial periférica? (¿Problemas de circulación?)
(Estrechamiento de los vasos sanguíneos de piernas y brazos.): ☐ No ☐ Sí

C.1.3.15 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (Enf. Arterial periférica)

C.1.3.16 ¿Trombosis venosa profunda?: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.17 ¿A qué edad se le diagnosticaron?: (trombosis en la pierna)

C.1.3.18 ¿Aterosclerosis?: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.19 Palpitaciones: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.20 Dolor Precordial
(Dolor y/o presión en medio del pecho): ☐ No ☐ Sí

C.1.3.21 Dificultad para respirar (Disnea): ☐ No ☐ Sí

C.1.3.22 Intolerancia al ejercicio: ☐ No ☐ Sí

C.1.3.23 Hinchazones, comúnmente en pies o manos
(Edema Periférico): ☐ No ☐ Sí

C.1.4 ENFERMEDAD RENAL

Ahora hablaremos brevemente sobre la enfermedad renal.

¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón, como ...

C.1.4.1 ...infección de vías urinarias en más de una ocasión?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron la infección urinaria?:

C.1.4.3 ... cálculos renales?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.4 ¿A qué edad le diagnosticaron los cálculos renales?:

C.1.4.5 ... insuficiencia renal?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.6 ¿A qué edad le diagnosticaron la insuficiencia renal?:

C.1.4.7 ... lesión renal aguda?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.8 ¿A qué edad se la diagnosticaron?: (Enfermedades renales)

C.1.4.9 ... enfermedad renal crónica?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.10 ¿A qué edad le diagnosticaron la enfermedad renal?:

¿El tipo de tratamiento que tiene para su enfermedad renal es...

C.1.4.11 ¿Dieta sin sal?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.12 ¿Medicamentos?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.13 ¿Diálisis?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.14 ¿Hemodiálisis?: ☐ No ☐ Sí

C.1.4.15 Otro (especificar): ☐ No ☐ Sí

C.1.4.16 Especifique:

Especifique

C.1.5 COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, DISLIPIDEMIA

Ahora también una revisión breve de colesterol y triglicéridos.

C.1.5.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol o triglicéridos altos?: ☐ No ☐ Sí

C.1.5.2 ¿A qué edad se lo diagnosticaron?: (colesterol o triglicéridos)

Mencione las acciones que ha seguido para el control del colesterol o triglicéridos

C.1.5.3 Medicamento: ☐ No ☐ Sí

C.1.5.4 Dieta: ☐ No ☐ Sí

C.1.5.5 Actividad Física: ☐ No ☐ Sí

C.1.5.6 Otros (especificar): ☐ No ☐ Sí

C.1.5.7 Especifique:

Especifique

C.1.5.8 ¿Algún médico le ha dicho que tiene síndrome metabólico?:
(Es decir ¿usted padece 3 ó más de los siguientes factores: obesidad abdominal, alto azúcar, alta presión arterial, altos triglicéridos, bajo colesterol 'bueno' HDL?)
☐ No ☐ Sí

C.1.5.9 ¿A qué edad le diagnosticaron ésta enfermedad?: (síndrome metabólico)

Seguiremos con temas de obesidad.

C.1.6 **SOBREPESO Y OBESIDAD**

Muchas personas tienen problemas con su peso corporal; por eso ahora vamos hablar si usted tiene o ha tenido problemas con su peso.

C.1.6.1 ¿Alguna vez le ha dicho un médico, dietista o nutriólogo que tiene o tuvo obesidad?: ☒ No ☐ Sí

C.1.6.2 ¿A qué edad se lo diagnosticaron?: (obesidad)

C.1.6.3 ¿Aún sigue con obesidad o sobrepeso?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.4 ¿Cuántos años estuvo o se ha mantenido con sobrepeso?: (años)

C.1.6.5 ¿Cuántos meses estuvo o se ha mantenido con sobrepeso?: (meses)

C.1.6.6 ¿Ha hecho algo para controlar su peso?: ☐ No ☐ Sí

¿Que acciones ha seguido?

C.1.6.7 ¿disminuir el tamaño de las porciones de los alimentos?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.8 ¿aumentar la actividad física?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.9 ¿seguir las recomendaciones de un profesional de la salud?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.10 ¿tomar medicamentos para perder peso?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.11 ¿disminuir/bajar/eliminar el consumo de refrescos?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.12 ¿aumentar el consumo de vegetales, frutas y fibra/cereales?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.13 ¿tomar mucha agua?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.14 ¿operación quirúrgica?: ☐ No ☐ Sí

C.1.6.15 Otro método, ¿cuál?:

C.1.6.16 En suma, ¿cuántos kilos logró bajar?: (kilos)

▸ C.2) Otras Enfermedades
▸ C.3) Otras Enfermedades Diagnosticadas
▸ D) Percepción Personal 0%
▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%
▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%
▸ G) Salud Reproductiva 0%
▸ H) Fracturas y Dolores 0%
▸ J) Alimentación y Actividades 0%
▸ K) Vacunas y Medicamentos 0%
▸ L) Hospitalizaciones 50%
▸ M) Familiares 44%
▸ N) Hogar 0%
▸ P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\).](#)

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▾ C) Salud General 6%

▸ C.1) Enfermedades Comunes

▾ C.2) Otras Enfermedades

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

LEA ESTAS INSTRUCCIONES POR FAVOR!

C.2.1 Enfermedades Cognitivas y Neurológicas

Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticado o tratado por un médico.

C.2.1.1 Dolor de cabeza persistente (Cefalea): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.2 Alteración en la marcha: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.3 Problemas de memoria/cognitivos: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.4 Trastornos en la personalidad: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.5 Depresión/alteración del ánimo: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.6 **Epilepsia**
(Convulsiones recurrentes o episodios breves de movimiento involuntario que pueden involucrar una parte del cuerpo (parcial) o todo el cuerpo (generalizado)): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.7 ¿A qué edad se la diagnosticaron?: (epilepsia)

C.2.1.8 **Enfermedad de Parkinson**
(Trastorno que afecta el movimiento y suele ocasionar temblores): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.9 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (Parkinson)

C.2.1.10 Esclerosis múltiple: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.11 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (esclerosis)

C.2.1.12 Enfermedad Cerebrovascular: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.1.13 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (Cerebrovascular)

C.2.2 Enfermedades psiquiátricas

Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticado o tratado por un médico.

C.2.2.1 Demencia: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.2.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (demencia)

C.2.2.3 Depresión o Ansiedad: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.2.4 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (depresión)

C.2.2.5 **Enfermedad Bipolar o Psicosis**
(Bipolaridad: episodios de depresión que alternan con episodios de manía (excesiva actividad física y sentimientos de euforia muy desproporcionados en relación con la situación.)): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.2.6 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (bipolar)

C.2.3 Enfermedades Pulmonares y Respiratorias

Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticado o tratado por un médico.

C.2.3.1 Asma: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.3.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (asma)

C.2.3.3 Neumonía: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.3.4 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (Neumonía)

C.2.3.5	(TEP/TVP) Tromboembolia:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.3.6	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (Tromboembolia)
C.2.3.7	(EPOC) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.3.8	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (EPOC)
C.2.3.9	...Coágulos de sangre en el pulmón? (embolia pulmonar):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.3.10	¿A qué edad se la diagnosticaron?:	¿A qué í (embolia pulmonar)
C.2.3.11	... Enfisema o bronquitis crónica?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.3.12	¿A qué edad se la diagnosticaron?:	¿A qué í (enfisema)
C.2.3.13	Tos con flema (con expectoración):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.3.14	Tos con sangre (Hemoptisis):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.3.15	Silbidos al respirar (Sibilancias):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.3.16	Inflamación de ganglios (linfadenopatías):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.4 Enfermedades gastrointestinales

Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticada o tratada por un médico.

C.2.4.1	Reflujo Gastroesofágico:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.2	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (reflujo)
C.2.4.3	Intolerancia a la lactosa (Deficiencia de lactasa o malabsorción de leche):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.4	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (Deficiencia lactasa)
C.2.4.5	Gastritis:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.6	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (Gastritis)
C.2.4.7	Úlcera Péptica:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.8	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (ulcera péptica)
C.2.4.9	Enfermedad de Crohn (Inflamación afecta el recubrimiento del tracto digestivo.):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.10	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (Crohn)
C.2.4.11	Colitis:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.12	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (colitis)
C.2.4.14	Hepatitis / Ictericia:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.13	¿Algún médico le ha diagnosticado Hepatitis C?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.15	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (hepatitis)
C.2.4.16	Pancreatitis:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.17	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (pancreatitis)
C.2.4.18	Colecistitis / Colelitiasis:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.19	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (Colecistitis)
C.2.4.20	Hígado graso:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.21	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (hígado graso)
C.2.4.22	¿Enfermedad Celiaca?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.4.23	¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué í (celiaca)

C.2.5

Otros síntomas RECURRENTESC.2.5.1 **Diarrea recurrente:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.5.2 **Vómitos recurrentes:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.5.3 **Náuseas recurrentes:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.5.4 **Distensión abdominal recurrente:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.6 **Enfermedades infectocontagiosas****Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticado o tratado por un médico.**C.2.6.1 **Tuberculosis:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.6.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (tuberculosis)C.2.6.3 **VIH/SIDA:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.6.4 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (VIH)C.2.6.5 ¿Presentó COVID-19 positivo?: ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.6.6 ¿Ha tenido secuelas COVID-19?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.6.7 ¿Tipo de secuelas COVID-19?:

C.2.6.8 **Otitis? (Infección en el oído):** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.7 **Enfermedades hematológicas****Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticado o tratado por un médico.**C.2.7.1 **Anemia:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.7.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (anemia)C.2.8 **Enfermedades Reumatológicas****Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticado o tratado por un médico.**C.2.8.1 **Osteoartritis:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.8.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (Osteoartritis)C.2.8.3 **Artritis / Lupus:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.8.4 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (artritis)C.2.8.5 **Fiebre Reumática:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.8.6 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (fiebre reumática)C.2.8.7 **Fibromialgia (dolor musculoesquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos):** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.9 **Enfermedades Inmunes****Indique si alguna de las siguientes enfermedades le ha sido diagnosticado o tratado por un médico.**C.2.9.1 **Alergias:** ☐ No ☐ Sí ☐ No séC.2.9.2 ¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?: (alergia)C.2.9.3 **Inmunodeficiencias:** ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.9.4	¿A qué edad se lo diagnosticaron?:	¿A qué? (inmunodeficiencia)
C.2.9.5	...fiebre del heno, rinitis o eccema?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.9.6	¿A qué edad se la diagnosticaron?:	¿A qué? (eccema o rinitis)

C.2.10 Enfermedades endocrinas

C.2.10.1	Hipertiroidismo:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.10.2	Hipotiroidismo:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.10.3	¿A qué edad se lo diagnosticaron?:	¿A qué? (tiroidismo)

C.2.11 Cáncer

C.2.11.1	¿Tiene o ha tenido algún tipo de cáncer o tumores?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.11.2	¿A qué edad se la diagnosticaron?:	¿A qué? (cáncer)
C.2.11.3	¿Tipo de cáncer o tumor?:	¿Tipo de cáncer o tumor?
C.2.11.4	¿Tiene o ha tenido pólipos en el colon?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.11.5	¿A qué edad le diagnosticaron los pólipos?:	¿A qué?

C.2.12 Transfusiones Sanguíneas

C.2.12.1	¿Recibió alguna transfusión sanguínea antes de 1995?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé / No recuerdo
C.2.12.2	¿Ha recibido transfusiones sanguíneas después de 1995?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.13 Riesgo Ambiental

Los siguientes campos indican la exposición a ciertos factores ambientales

C.2.13.1	Animales domésticos:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.13.2	¿Cuáles animales domésticos?:	¿Cuáles animales domésticos?
C.2.13.3	Las mascotas han estado vacunadas:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.13.4	Animales de granja:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.13.5	Humo de biomasa (quema de materiales orgánicos como carbón o leña):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.13.6	Días de exposición por mes:	? (humo biomasa)
C.2.13.7	¿Cuánto tiempo ha estado expuesto al humo?:	¿Cuánto? (biomasa)
C.2.13.8	Por su trabajo o actividades diarias, ¿tiene alta exposición a contaminación ambiental?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
C.2.13.9	Por su trabajo o actividades diarias, ¿se expone frecuentemente a materiales, sustancias, o químicos que son irritantes, alérgenos, o carcinógenos?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.14 **Enfermedades Genitourinarias**

- C.2.14.1** Polaquiuria (necesidad de orinar más seguido de lo usual): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.14.2** Disuria (ardor o molestias al orinar): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.14.3** Hematuria (presencia de sangre en la orina): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.14.4** Poliuria (excesiva producción de orina): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.14.5** Oliguria (disminución de la producción de orina): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.14.6** Nicturia (despertarse por la noche frecuentemente con la necesidad de orinar): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.14.7** Orina espumosa: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

C.2.15 **Enfermedades de la Piel**

- C.2.15.1** Pústulas (similares a espinillas pero llenas de pus): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.15.2** Vesículas/ampollas: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.15.3** Pápulas (lesión elevada en la piel de menos de 1cm, que se puede palpar como verruga o lunar): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.15.4** Prurito (hormiguero o irritación incómoda de la piel que provoca la necesidad de rascar la zona afectada): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.15.5** Urticaria (ronchas rojizas que a veces producen picazón en la piel): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- C.2.15.6** ¿Con qué frecuencia tiene o tuvo acné en su adolescencia (en el peor momento desde los 11 a los 18 años)?:
- ☐ Poco, casi nunca
- ☐ Algo, a veces
- ☐ Mucho, frecuentemente
- ☐ No sé
- C.2.15.7** ¿En qué parte del cuerpo le salía/sale más acné (espinillas / barros) ?:
- ☐ Más en la cara
- ☐ Más en la espalda u hombros
- ☐ Ninguno
- ☐ Más en otras partes del cuerpo
- ☐ Más en el pecho
- ☐ Cara y espalda/hombros
- ☐ Pecho y espalda/hombros
- ☐ Cara, Pecho, Espalda, Hombros
- ☐ No sé

▸ C.3) Otras Enfermedades Diagnosticadas

▸ D) Percepción Personal **0%**▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental **100%**▸ F) Hábitos de Fumar y Beber **0%**▸ G) Salud Reproductiva **0%**▸ H) Fracturas y Dolores **0%**▸ J) Alimentación y Actividades **0%**▸ K) Vacunas y Medicamentos **0%**▸ L) Hospitalizaciones **50%**

▸ M) Familiares **44%**▸ N) Hogar **0%**▸ P) Medición Física **0%**

[Aviso de privacidad](#) ([Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica](#)).

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▶ B) Trabajo y Ocupación 5%

▼ C) Salud General 6%

▶ C.1) Enfermedades Comunes

▶ C.2) Otras Enfermedades

▼ C.3) Otras Enfermedades Diagnosticadas

- Lista de enfermedades padecidas y diagnosticadas

- Use la opción Agregar para iniciar.

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Enfermedad	Edad	Tratamiento	Atención	Secuelas	
Hipertiroidismo	14	1	Triyodotironina	Médico y cirugía privado. Tiroidectomia parcial.	No aparentes.

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

Anterior

1

Siguiente

Agregar

Editar

Borrar

▶ D) Percepción Personal 0%

▶ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▶ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▶ G) Salud Reproductiva 0%

▶ H) Fracturas y Dolores 0%

▶ J) Alimentación y Actividades 0%

▶ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▶ L) Hospitalizaciones 50%

▶ M) Familiares 44%

▶ N) Hogar 0%

▶ P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\)](#)

Guardar



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▼ D) Percepción Personal 0%

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

D.1 SALUD MENTAL

Para continuar vamos a hablar de algunos estados de ánimo y sueño.

- D.1.1 ¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?: ☐ No ☐ Sí ☐ No quiero responder
- D.1.2 ¿Con qué frecuencia lo ha pensado?: ☐ Una vez ☐ Varias veces ☐ Muchas veces
- D.1.3 ¿Alguna vez a propósito se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?: ☐ 1 vez ☐ 2 ó más veces ☐ Nunca
☐ No quiero responder
- D.1.4 En usted o su familia, ¿hay historia de enfermedades neurodegenerativas o mentales?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.1.5 ¿Ha tenido un daño en el cráneo (cabeza)? (trauma craneoencefálico): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.1.6 ¿Ha tenido una enfermedad cerebrovascular?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

D.2 PERCEPCIÓN DE ÁNIMO

No piense demasiado en el significado de la siguientes preguntas.
Responda lo primero que se le venga a la mente.

- D.2.1 ¿Su estado de ánimo es muy cambiante?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.2 ¿A veces se siente miserable sin razón alguna?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.3 ¿Es usted una persona irritable?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.4 ¿Se considera usted una persona preocupada?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.5 ¿Sus sentimientos se hieren fácilmente?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.6 ¿Frecuentemente se siente cansado?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.7 ¿Se considera usted una persona nerviosa?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.8 ¿Se considera usted una persona tensa?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.9 ¿Se preocupa por mucho tiempo después de una experiencia vergonzosa?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.10 ¿Con frecuencia se siente solo?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.11 ¿Con frecuencia tiene sentimientos de culpa?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.12 ¿Se considera una persona que toma riesgos?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé
- D.2.13 En general, ¿qué tan feliz se siente?: ☐ Extremadamente feliz
☐ Muy feliz
☐ Moderadamente feliz
☐ Moderadamente infeliz
☐ Muy infeliz
☐ Extremadamente infeliz
☐ No sé
- D.2.14 En general, ¿qué tan satisfecho está con el trabajo que hace?: ☐ Extremadamente feliz
☐ Muy feliz
☐ Moderadamente feliz
☐ Moderadamente infeliz
☐ Muy infeliz
☐ Extremadamente infeliz
☐ No sé
- D.2.15 En general, ¿qué tan satisfecho está con su salud?: ☐ Extremadamente feliz
☐ Muy feliz
☐ Moderadamente feliz
☐ Moderadamente infeliz
☐ Muy infeliz
☐ Extremadamente infeliz
☐ No sé

D.2.16	En general, ¿qué tan satisfecho está con sus relaciones familiares?:	☐ Extremadamente feliz ☐ Muy feliz ☐ Moderadamente feliz ☐ Moderadamente infeliz ☐ Muy infeliz ☐ Extremadamente infeliz ☐ No sé
D.2.17	En general, ¿qué tan satisfecho está con sus amistades?:	☐ Extremadamente feliz ☐ Muy feliz ☐ Moderadamente feliz ☐ Moderadamente infeliz ☐ Muy infeliz ☐ Extremadamente infeliz ☐ No sé
D.2.18	En general, ¿qué tan satisfecho está con su situación económica?:	☐ Extremadamente feliz ☐ Muy feliz ☐ Moderadamente feliz ☐ Moderadamente infeliz ☐ Muy infeliz ☐ Extremadamente infeliz ☐ No sé
D.2.19	En las 2 semanas pasadas, ¿qué tan frecuente se sintió deprimido o sin esperanza?:	☐ Ningún día ☐ Algunos días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ No sé
D.2.20	En las 2 semanas pasadas, ¿qué tan frecuente se sintió inquieto, nervioso, desasosegado o tenso?:	☐ Ningún día ☐ Algunos días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ No sé
D.2.21	En las 2 semanas pasadas, ¿qué tan frecuente se sintió cansado o sin energía?:	☐ Ningún día ☐ Algunos días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ No sé
D.2.22	¿Se ha atendido alguna vez con un profesional por nervios, ansiedad, tensión o depresión?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
D.2.23	¿Alguna vez se ha sentido deprimido o triste por al menos 1 semana completa?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
D.2.24	¿Alguna vez se ha sentido tan bien, o excitado al grado que la gente le dice que no era normal y esto duró 2 días o más?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
D.2.25	¿Alguna vez se ha sentido muy irritable al grado de gritarle a la gente o iniciando peleas o discusiones y esto duró 2 días o más?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
D.2.26	Intente recordar el periodo cuando estuvo muy contento o muy irritable, ¿qué opción se acerca más?:	☐ Estuve más activo ☐ Estuve más platicador ☐ Necesité dormir más ☐ Estuve más creativo o con más ideas que lo usual ☐ Todas las opciones ☐ Ninguna opción ☐ No sé
D.2.27	¿Qué consecuencias tuvo ese periodo irritable o sobre excitado ?:	☐ Ningún problema ☐ Causé problemas en el trabajo, pareja, o alguien cercano ☐ Necesité tratamiento ☐ No sé

D.2.28	¿Qué tan frecuentemente le confía sus problemas o situaciones a un amigo, familiar, o profesional?:	☐ Nunca ☐ 1 vez muy de vez en cuando ☐ 1 vez al mes ☐ 1 vez a la semana ☐ De 2 a 4 veces por semana ☐ Casi a diario ☐ No sé
--------	---	---

Sobre su salud general...

D.2.29	En general, ¿cómo diría que es su salud?:	☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Baja ☐ Mala ☐ No sé
D.2.30	¿Tiene alguna enfermedad crónica o discapacidad?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
D.2.31	¿Qué tan frecuente usa servicios PRIVADOS de salud? (que no son del gobierno):	☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca ☐ No sé
D.2.32	Comparado con hace 1 año, ¿cómo ha cambiado su peso?:	☐ Casi nada ☐ He ganado peso ☐ He perdido peso ☐ No sé

D.3 SUEÑO

D.3.1	Comparado con los demás, ¿qué tan fácil es para usted levantarse en la mañana?:	☐ Muy difícil ☐ Algo difícil ☐ Normal / Fácil ☐ Muy fácil ☐ No sé
D.3.2	En general, ¿durante el día, cuándo se siente usted mejor?:	☐ Definitivamente en la mañana ☐ Poco más en la mañana que en la tarde ☐ Poco más en la tarde que en la mañana ☐ Definitivamente en la tarde ☐ No sé
D.3.3	En la semana pasada, ¿cuántos días durmió una siesta durante el día?:	☐ Ninguno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ No sé
D.3.4	¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para dormir o despertarse en la noche sin poder volver a dormir?:	☐ Casi nunca ☐ Algunas veces ☐ Usualmente ☐ No sé
D.3.5	¿Le han dicho y se han quejado que usted ronca?:	☐ Si (ronco) y si se han quejado ☐ Si (ronco) pero no se quejan ☐ Nadie me ha dicho que ronco ☐ No sé
D.3.6	¿Qué tan frecuente se duerme durante el día sin querer?:	☐ Casi nunca ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ No sé
D.3.7	¿Con qué frecuencia se despierta usted en la noche a causa de un muy mal sueño o pesadilla?:	☐ Casi nunca ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ No sé

D.4 PERCEPCIÓN FÍSICA Y PERSONAL

D.4.1	A los 10 años de edad, ¿cómo consideraba usted su cuerpo comparado con los demás?:	☐ Más delgada(o) ☐ Similar ☐ Más llenita(o) ☐ No sé
D.4.2	A los 10 años de edad, ¿cómo consideraba usted su altura comparado con los demás?:	☐ Más alta(o) ☐ Similar ☐ Más chaparra(o) ☐ No sé
D.4.3	Cuando era bebé, ¿su madre le dio pecho o leche materna?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé

D.4.4	¿Su madre fumaba regularmente en el tiempo que usted nació?:	¿Su madre fumaba reg
D.4.5	¿Cuál mano usa más para la mayoría de las cosas?:	☐ La derecha ☐ Ambas sin preferencia ☐ La izquierda
D.4.6	¿Qué color describe mejor su tono de piel?:	☐ Blanco ☐ Café claro ☐ Negro ☐ Café oscuro ☐ No sé
D.4.7	¿Qué le pasa a su piel cuando se expone al sol intensamente sin protección solar alguna?:	☐ Se torna muy bronceada (café) ☐ Se torna algo bronceada (café claro) ☐ Se quema (roja) o se lastima ☐ No sé
En la niñez o adolescencia, ¿le salieron pecas por el sol?		
D.4.8	(manchitas pequeñas en la cara, cuello, espalda, brazos o manos que le duraran más de 1 año y que la región ocupara al menos la mitad de su mano.):	☐ Nunca ☐ Algunas ☐ Muchas ☐ Bastante ☐ No sé
D.4.9	¿Con qué frecuencia usa bloqueador solar?:	☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre ☐ No me expongo al sol ☐ No sé
D.4.10	¿Es usted albino? (Pelo y piel demasiado blanca):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
D.4.11	Hasta los 15 años de edad, ¿cuántas veces se expuso la piel al sol al grado de que le dolía al menos 2 días? (Si no sabe, use 99):	Hasta lo (veces)
D.4.12	¿Cuál color cree usted más cercano al natural de su cabello? (Si tiene abundantes canas no seleccione blanco, piense en su cabello antes de las canas):	☐ Rubio (amarillo) ☐ Blanco (albino) ☐ Café claro ☐ Negro ☐ Café oscuro ☐ Rojo (pelirrojo) ☐ No sé
D.4.13	¿Cuál de las siguientes opciones considera usted la mejor descripción de la forma de su cabello natural? (Si tiene abundantes canas piense en su cabello antes de las canas):	☐ Lacio ☐ Ondulado ☐ Rizado ☐ No sé
D.4.14	¿Qué porcentaje de su pelo es canoso?:	☐ Nada, 0% ☐ Bajo, ~10% ☐ Medio, 30~50% ☐ Alto, 50-100% ☐ No sé
D.4.15	¿A qué edad cree que le empezaron a salir canas abundantemente?:	¿A qué e (años)
D.4.16	¿La gente dice que usted se ve...?:	☐ Similar a mi edad ☐ Más joven de lo que soy ☐ Más viejo de lo que soy ☐ No sé
D.4.17	¿Tiene usted un gemelo o nació en parto múltiple?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental	100%
▸ F) Hábitos de Fumar y Beber	0%
▸ G) Salud Reproductiva	0%
▸ H) Fracturas y Dolores	0%
▸ J) Alimentación y Actividades	0%
▸ K) Vacunas y Medicamentos	0%
▸ L) Hospitalizaciones	50%
▸ M) Familiares	44%
▸ N) Hogar	0%
▸ P) Medición Física	0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\).](#)

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▼ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Ahora seguimos con los sentidos de la vista y el oído

E.1 SALUD VISUAL

- E.1.1 ¿Tiene dificultades para ver?:
- ☒ Ninguna dificultad
 - ☐ Cierta dificultad
 - ☐ Mucha dificultad
 - ☐ Me resulta imposible

- E.1.2 ¿Ha usado anteojos o lentes de contacto para ver mejor?
(incluso si usa de anteojos para leer):
- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé

- E.1.3 ¿A qué edad los empezó a usar?: 40

- E.1.4 ¿Cuál es la causa PRINCIPAL por la que le recetaron los lentes?:
- ☒ Para ver de lejos, conducir, cine, etc. (miopía)
 - ☐ Para ver de lejos y cerca, pero más para leer (hipermetropía)
 - ☐ Solo para leer por la edad (presbicia)
 - ☐ Por visión borrosa (astigmatismo)
 - ☐ Por estrabismo (un ojo desviado de su posición habitual)
 - ☐ Por un ojo con mala visión desde la infancia (ambliopía)
 - ☐ Por otra condición
 - ☐ No sé

- E.1.5 Cuando usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver?:
- ☒ Ninguna dificultad
 - ☐ Cierta dificultad
 - ☐ Mucha dificultad
 - ☐ Me resulta imposible

- E.1.6 ¿Se ha operado los ojos para ver mejor?: ☒ No ☐ Sí ☐ No sé

- E.1.7 ¿A qué edad se operó los ojos para ver mejor?: ¿A qué edad?

- E.1.8 ¿Ha sido diagnosticado con cataratas?:
- ☐ No ☒ Sí, ojo izquierdo ☐ Si, ojo derecho
- ☐ Si, ambos ojos

- E.1.9 ¿Ha sido diagnosticado con glaucoma?
(presión intraocular alta):
- ☐ No ☒ Sí, ojo izquierdo ☐ Si, ojo derecho
- ☐ Si, ambos ojos

- E.1.10 ¿Ha sido diagnosticado con degeneración macular?:
- ☒ No ☐ Sí, ojo izquierdo ☐ Si, ojo derecho
- ☐ Si, ambos ojos

- E.1.11 En ciertas situaciones, ¿tiene usted dificultad para distinguir algunos colores? (Daltonismo):
- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé

E.2 SALUD AUDITIVA Y MOTORA

- E.2.1 ¿Es usted sordo?
(No escucha nada ni usa prótesis auditiva y usa lenguaje a señas.):
- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé

- E.2.2 ¿Es usted mudo?
(No habla o habla a balbuceos o principalmente a señas.):
- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé

- E.2.3 ¿Es usted autista?
(Puede ser que alguien este acompañado de algún familiar o cuidador y le está asistiendo y respondiendo esta encuesta.):
- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé

- E.2.4 ¿Tiene algún tipo de problema mental o discapacidad?
(Generalmente alguien lo acompaña y contesta esta encuesta):
- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé

- E.2.5 ¿Usa prótesis auditiva (Aparato para oír)?:
- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé

- E.2.6 ¿A qué edad empezó a usar prótesis auditiva?: ¿A qué edad? (años)

E.2.7	Cuando usa sus prótesis auditivas ¿tiene alguna dificultad para oír?:	☐ Ninguna dificultad ☒ Cierta dificultad ☐ Mucha dificultad ☐ Me resulta imposible
E.2.8	¿Ha escuchado ruidos que duran más de cinco minutos seguidos? (Ruidos como pitidos o zumbidos en la cabeza o en uno o ambos oídos):	☒ Nunca ☐ Rara vez ☐ Frecuentemente ☐ Siempre
E.2.9	En su peor momento, ¿Cuánto le preocupan o molestan estos ruidos?:	☐ Nada ☐ Poco ☐ Mucho ☐ Severo
E.2.10	¿Ha trabajado en algún lugar que es ruidoso donde necesita gritar o usar audífonos protectores?:	☒ No ☐ Sí, por menos de 1 año ☐ Sí, por 1 a 5 años ☐ Sí, por más de 5 años
E.2.11	¿Ha escuchado música a alto volumen por más de 3 horas seguidas? (volumen tal que se requiere gritar):	☐ No ☐ Sí, por menos de 1 año ☒ Sí, por 1 a 5 años ☐ Sí, por más de 5 años

E.2.12	¿Con qué frecuencia se cae o tropieza?:	☐ Casi nunca ☒ Algunas veces ☐ Muchas veces ☐ No sé
E.2.13	¿Tiene alguna dificultad para caminar o subir escalones?:	☐ Ninguna dificultad ☒ Cierta dificultad ☐ Mucha dificultad ☐ Me resulta imposible
E.2.14	¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?:	☐ Ninguna dificultad ☐ Cierta dificultad ☐ Mucha dificultad ☒ Me resulta imposible
E.2.15	¿Tiene dificultad para el cuidado propio, tal como lavarse todo el cuerpo o vestirse?:	☐ Ninguna dificultad ☒ Cierta dificultad ☐ Mucha dificultad ☐ Me resulta imposible
E.2.16	¿Tiene dificultad para entender cuando le hablan o cuando participa en conversaciones?:	☒ Ninguna dificultad ☐ Cierta dificultad ☐ Mucha dificultad

E.3 **SALUD DENTAL**

Para continuar, pasamos a la salud bucal.

E.3.1	¿Presenta sangrado de sus encías?:	☒ Nunca ☐ Rara vez ☐ Frecuentemente ☐ Siempre
E.3.2	¿Siente que se mueven sus dientes?:	☐ No ☒ Sí ☐ No sé
E.3.3	¿Le faltan dientes, muelas o colmillos?:	☒ No ☐ Sí ☐ No sé
E.3.4	Le han extraído alguna pieza dental?:	☒ No ☐ Sí ☐ No sé
E.3.5	¿Presenta dolor al masticar?:	☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Frecuentemente ☒ Siempre
E.3.6	¿Siente su boca seca constantemente?:	☒ Nunca ☐ Rara vez ☐ Frecuentemente ☐ Siempre
E.3.7	¿Ha presentado sensibilidad o dolor dental?:	☒ Nunca ☐ Rara vez ☐ Frecuentemente ☐ Siempre

E.3.8 ¿Ha notado algún cambio de coloración o crecimiento anormal en su boca?: ☐ No ☒ Sí ☐ No sé

E.3.9 ¿Ha presentado los llamados fuegos, aftas, o úlceras en su boca?: ☒ Nunca ☐ Rara vez ☐ Frecuentemente ☐ Siempre

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▸ H) Fracturas y Dolores 0%

▸ J) Alimentación y Actividades 0%

▸ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▸ L) Hospitalizaciones 50%

▸ M) Familiares 44%

▸ N) Hogar 0%

▸ P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\).](#)

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación **5%**

▸ C) Salud General **6%**

▸ D) Percepción Personal **0%**

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental **100%**

▼ F) Hábitos de Fumar y Beber **0%**

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

F.1 **HÁBITOS DE FUMAR**

Ahora vamos a hablar de los hábitos de fumar.

F.1.1	¿Ha fumado usted por lo menos 100 cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
F.1.2	¿Con qué frecuencia fuma tabaco actualmente?:	☐ No fumo ☐ Algunos días ☐ Todos los días ☐ No quiero responder
F.1.3	En promedio, ¿cuántos cigarros fuma actualmente por día?:	En prom
F.1.4	En promedio, ¿cuántos cigarros fuma por semana?:	En prom
F.1.5	Algunas marcas de cigarros tienen una cápsula en el filtro que, al romperse, da sabor al humo. Actualmente, ¿con qué frecuencia fuma cigarros con cápsula de sabor?	☐ No fumo ☐ Algunos días ☐ Todos los días ☐ No quiero responder
F.1.6	En el pasado, ¿con qué frecuencia ha fumado productos del tabaco?:	☐ No fumé ☐ Algunos días ☐ Todos los días ☐ No quiero responder
F.1.7	¿A qué edad comenzó a fumar productos del tabaco todos los días?:	¿A qué €
F.1.8	¿Desde cuándo dejó de fumar definitivamente?:	?
F.1.9	Los cigarros electrónicos son cualquier producto que utiliza baterías u otros métodos para producir un vapor que puede contener nicotina. Se conocen, como “e-cigarette”, “Vape-pen”, “e-shisha” y “e-pipes”. Actualmente, ¿con qué frecuencia consume cigarros electrónicos?	☐ No fumo ☐ Algunos días ☐ Todos los días ☐ No quiero responder

F.2 **HÁBITOS DE BEBER**

Ahora vamos a hablar de los hábitos de beber.

F.2.1	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?:	☐ Nunca ☐ Una o menos veces al mes ☐ De 2 a 4 veces al mes ☐ De 2 a 3 veces a la semana ☐ 4 o más veces a la semana ☐ No quiero responder
F.2.2	¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día de consumo normal?:	☐ 1 ó 2 ☐ 10 o más ☐ 3 ó 4 ☐ 5 ó 6 ☐ 7, 8, ó 9
F.2.3	¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?:	☐ Nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ A diario o casi a diario
F.2.4	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?:	☐ Nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ A diario o casi a diario
F.2.5	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?:	☐ Nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ A diario o casi a diario

F.2.6

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

☐ Nunca

☐ Menos de una vez al mes

☐ Mensualmente

☐ Semanalmente

☐ A diario o casi a diario

F.2.7

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?:

☐ Nunca

☐ Menos de una vez al mes

☐ Mensualmente

☐ Semanalmente

☐ A diario o casi a diario

F.2.8

¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

☐ Nunca

☐ Menos de una vez al mes

☐ Mensualmente

☐ Semanalmente

☐ A diario o casi a diario

F.2.9

¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?:

☐ No

☐ Sí, pero no el último año

☐ Sí, en el último año

F.2.10

¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

☐ No

☐ Sí, pero no en el último año

☐ Sí, en el último año

▸ G) Salud Reproductiva0%

▸ H) Fracturas y Dolores0%

▸ J) Alimentación y Actividades0%

▸ K) Vacunas y Medicamentos0%

▸ L) Hospitalizaciones50%

▸ M) Familiares44%

▸ N) Hogar0%

▸ P) Medición Física0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\).](#)

Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]

Tecnológico de Monterrey

https://participantesproyectoorigen.tecsalud.mx/origenSys/capturaDatosProyecto.jsp

3/3



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▾ G) Salud Reproductiva 0%



Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

G.1 SALUD REPRODUCTIVA

Ahora vamos a hablar sobre salud reproductiva.

G.1.1

Sexo: ?

Definición Sobre el SEXO vea [Aquí](#)

G.2 SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER

Sobre su menstruación y órganos femeninos

G.2.1	¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación? (Si no han comenzado sus menstruaciones especifique 0, si no quiere responder use 88, o si no sabe use 99):	¿A qué € (menarca)
G.2.2	¿Tiene o tuvo periodos menstruales regulares? (Que sus periodos duran comúnmente los mismos días tanto de regla como de periodo total):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.3	¿De cuántos días es o fue su periodo menstrual regularmente? (Generalmente es de alrededor 28 días. Cuente desde el día que deja de reglar hasta que termina de reglar el siguiente ciclo.):	¿De cuántos € (días)
G.2.4	Generalmente, ¿cuántos días dura o duraba su regla? (Comúnmente es de 4 a 5 días y cuenta desde el primer día de sangrado hasta el último día de sangrado aún y que sea poco en el último.):	General € (días)
G.2.5	Durante la menstruación, ¿Tiene o tenía dolor abdominal y cómo lo percibe o sentía?:	☐ Ningún dolor ☐ Algo pero soportable ☐ Muy intenso pero NO tomo algo para el dolor ☐ Tan intenso que tomo algo para el dolor
G.2.6	¿Ha tomado pastillas, píldoras, o mini-píldoras para evitar embarazo?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.7	¿A qué edad inició la toma de pastillas?:	¿A qué € (antiembarazo)
G.2.8	¿A qué edad terminó la toma de pastillas? (use 99 si la sigue tomando):	¿A qué €
G.2.9	¿Ha llegado a la menopausia? ¿Ya dejó de reglar?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.10	¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar?:	?
G.2.11	¿Usó o ha usado terapia de reemplazo hormonal durante la menopausia?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.12	¿A qué edad inició la terapia hormonal para la menopausia?:	¿A qué €
G.2.13	¿A qué edad terminó la terapia hormonal para la menopausia?:	¿A qué €
G.2.14	¿Le han quitado el útero o matriz? (histerectomía):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.15	¿A qué edad le realizaron la histerectomía?:	¿A qué €
G.2.16	¿Le han quitado algún ovario? (ooforectomía):	☐ No ☐ Sí, 1 ☐ Sí, 2 ☐ Sí, no sé cuántos
G.2.17	¿A qué edad le quitaron el/los ovarios?:	¿A qué €
G.2.18	¿Ha recibido ayuda médica para poder embarazarse?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.19	¿A qué edad se trató con el médico para embarazarse?:	¿A qué €

Sobre sus embarazos o partos

G.2.20	Actualmente, ¿está embarazada?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.21	¿Ha tenido partos normales (vaginales)?, ¿cuántos?:	¿Hé
G.2.22	¿Ha tenido alguna cesárea?, ¿cuántas?:	¿Hé
G.2.23	¿Alguna vez tuvo abortos?, ¿cuántos?:	¿Alé
G.2.24	Gestas (Auto calculado):	0
G.2.25	Embarazos (auto calculado):	0
G.2.26	¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo o ha tenido?:	¿Cuántc
G.2.27	¿Ha tenido algún hijo nacido muerto? Si acaso, ¿cuántos tuvo?:	¿Ha ten
G.2.28	¿A qué edad tuvo su primer hijo? (0 si no ha tenido):	¿A qué €
G.2.29	¿A qué edad tuvo su último hijo? (0 si no ha tenido):	¿A qué €
G.2.30	Dio lactancia:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.31	¿Cuántos meses dio lactancia a su último hijo?:	¿Cuántc
G.2.32	¿Cuál fue el peso de su primer hijo al nacer? (0 si no tuvo):	¿Cuál fu

Durante alguno de sus embarazos o partos, ¿le dijeron que tuvo o tiene ...

G.2.33	la presión alta?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.34	azúcar alta en la sangre o diabetes? (diabetes gestacional):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.35	anemia?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.36	Infección urinaria?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.37	Infección de transmisión sexual?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.38	Infección por VIH o SIDA?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.39	alguna otra enfermedad o padecimiento?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.40	preeclampsia o eclampsia?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.41	sangrado vaginal abundante o hemorragia?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.42	parto obstruido?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.43	mala posición del bebé?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.44	parto prematuro?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.45	complicaciones debido a una enfermedad que ya tenía? (diabetes, presión alta, etc.):	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.46	Ruptura prematura de membranas?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.47	Amenaza de aborto:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.48	¿Ha tenido otras complicaciones en el embarazo?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.49	Otras complicaciones del embarazo:	Otras complicaciones del embarazo
G.2.50	Miomas uterinos:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.51	¿Sangrado uterino anormal?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.52	Complicaciones perinatales:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.53	¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?:	¿A qué € (complicaciones perinatales)

Otras revisiones

G.2.54	¿Se ha realizado un papanicolau?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
--------	-----------------------------------	---

G.2.55	¿Cuándo fue su último Papanicolau? (año):	¿Cuánd
G.2.56	¿Cuál fue el resultado de ese Papanicolau?:	¿Cuál fue el resultado c Por ejemplo: Normal, de lo contrario, especifique.
G.2.57	¿Se ha realizado alguna mamografía?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.58	¿Cuándo fue su última mamografía?:	¿Cuánd
G.2.59	¿Cuál fue el resultado de esa mamografía?:	¿Cuál fue el resultado c (Por ejemplo: Normal, de lo contrario, especifique.)
G.2.60	¿Se ha realizado ultrasonidos pélvicos?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.61	¿Hubo algún hallazgo en ese o esos ultrasonido/s?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.62	Describe los hallazgos:	Describe los hallazgos (Por ejemplo: Normal, de lo contrario, especifique.)
G.2.63	¿Tuvo algún tratamiento ginecológico?:	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
G.2.64	¿En qué consistió el tratamiento ginecológico que tuvo?:	¿En qué consistió el tratamiento ginecológico que tuvo?

G.3 SALUD REPRODUCTIVA DEL HOMBRE

G.3.1	¿Le han realizado revisiones de próstata?, ¿Cuántas?:	¿Le
G.3.2	¿Hace cuantos años se realizó la última revisión?:	¿Hace c
G.3.3	¿Cuál fue el resultado de la última revisión?:	¿Cuál fue el resultado c Por ejemplo: Normal. De lo contrario, especifique.
G.3.4	Comparado con sus amigos, ¿cuándo empezó a crecer su vello facial?:	☐ Más joven que el promedio ☐ Como el promedio ☐ Mas tarde que el promedio ☐ No quiero responder ☐ No sé
G.3.5	Comparado con su generación de amigos, ¿cuándo le cambió la voz?:	☐ Más joven que el promedio ☐ Como el promedio ☐ Mas tarde que el promedio ☐ No quiero responder ☐ No sé

- ☐ Patrón 1 (sin pérdida)
☐ Patrón 2 (leve)
☐ Patrón 3 (moderada)
☐ Patrón 4 (alta)
☐ No quiero responder
☐ No se

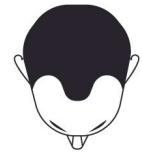
Pérdida de cabello

G.3.6

Observe la imagen, ¿Con cuál de los patrones se siente identificado?:



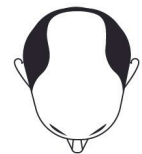
Patrón 1
Sin pérdida



Patrón 2
Leve



Patrón 3
Moderada



Patrón 4
Alta

G.4

SEXUALIDAD

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

G.4.1

(Especifique 0 si no ha tenido relaciones, 99 si no recuerda, u 88 si no quiere responder.):

¿A qué € (años)

G.4.2

¿Qué método de planificación familiar utiliza?:

¿Qué método de pla

G.4.3

¿Le han diagnosticado alguna enfermedad sexual?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

G.4.4

¿A qué edad se la diagnosticaron por primera vez?:

¿A qué € (Enf. transmisión sexual)

¿Cuáles...

G.4.5

Virus del Papiloma Humano (VPH):

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

G.4.6

Verrugas genitales?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

G.4.7

Gonorrea?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

G.4.8

Sífilis?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

G.4.9

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

G.4.10

Otras Infecciones (Chlamydia, Tricomoniasis, Herpes) ?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

► H) Fracturas y Dolores 0%

► J) Alimentación y Actividades 0%

► K) Vacunas y Medicamentos 0%

► L) Hospitalizaciones 50%

► M) Familiares 44%

► N) Hogar 0%

► P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\).](#)

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▾ H) Fracturas y Dolores 0%

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

H.1 FRACTURAS

Ahora pasamos a la sección de fracturas.

H.1.1 ¿Ha tenido fracturas o huesos rotos en los últimos 5 años?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.2 ¿Las fracturas o huesos rotos fueron el resultado de caídas simples?
(Seleccione NO si ha tenido más de 1 caída.): ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

En este evento, que fue lo que se fracturó?

H.1.3 ¿Se fracturó el brazo?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.4 ¿Se fracturó el tobillo?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.5 ¿Se fracturó la pierna?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.6 ¿Se fracturó la cadera?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.7 ¿Se fracturó la muñeca?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.8 ¿Se fracturó la columna?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.9 ¿Se fracturó la cabeza?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.1.10 ¿Se fracturó alguna costilla?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2 DOLORES

H.2.1 ¿Ha tenido dolores de CABEZA que duraran más de 3 meses?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2.2 ¿Ha tenido dolores FACIALES (en la cara) que duraran más de 3 meses?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2.3 ¿Ha tenido dolor de CUELLO u HOMBROS que duraran más de 3 meses?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2.4 ¿Ha experimentado dolores de ESPALDA que duraran más de 3 meses?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2.5 ¿Ha tenido dolores ESTOMACALES o ABDOMINALES que duraran más de 3 meses?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2.6 ¿Ha tenido dolores de CADERA que duraran más de 3 meses?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2.7 ¿Ha tenido dolores de RODILLA que duraran más de 3 meses?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

H.2.8 ¿Le ha diagnosticado un médico que tiene problemas con el UMBRAL O LÍMITES de dolor?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

▸ J) Alimentación y Actividades 0%

▸ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▸ L) Hospitalizaciones 50%

▸ M) Familiares 44%

▸ N) Hogar 0%

▸ P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\)](#)

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▸ H) Fracturas y Dolores 0%

▾ J) Alimentación y Actividades 0%

▾ J.1) Alimentación

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Ahora vamos a hablar de su alimentación y los productos que consume.

J.1.1

SOBRE CARNES...

En una semana, ¿cuántos días come carnes rojas?

- J.1.1.1 (Todo tipo de carnes de res/vaca, puerco/cerdo, ternera, borrego, cordero, cabra, oveja, sin importar la presentación como cortadillo, guisado de carne, carne asada, barbacoa, milanesa, cecina, etc):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

En una semana, ¿cuántos días come pescados o mariscos incluyendo salmón?

- J.1.1.2 (Todo tipo de pescados y mariscos, en guisados, filetes, o en cocteles):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

En una semana, ¿cuántos días come carne de pollo, gallina, pavo u otras aves?

- J.1.1.3 (sin importar la presentación como cortadillo, guisados, asados, milanesa, deshebrada, etc):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

J.1.2

SOBRE FRUTAS, VERDURAS, VEGETALES, Y LEGUMBRES

En una semana, ¿cuántos días come frutas?

- J.1.2.1 (manzana, plátano, sandía, melón, papaya, naranja, mandarina, toronja, uvas, piña, pepino, guayaba, mango, durazno, fresa, etc):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

En una semana, ¿cuántos días come verduras?

- J.1.2.2 (Hojas verdes, espinacas, acelgas, quelites, nopales, chayote, zanahoria, calabacita, brócoli, coliflor, col, ejotes, lechuga, nopales, cebolla, y similares, en cualquier presentación):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

En una semana, ¿cuántos días come leguminosas?

- J.1.2.3 (Frijoles, habas, lentejas, garbanzos, alverjones, alubias, chícharos):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

J.1.3

SOBRE CEREALES

En una semana, ¿cuántos días come productos de maíz?

- J.1.3.1 (Tortilla de maíz, sope, tlacoyo, huarache, tamal.):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

En una semana, ¿cuántos días come productos de trigo?

- J.1.3.2 (Bolillo, telera, bollo, medias noches, tortilla de harina de trigo, pan de caja, pan dulce, pan de hamburguesa.):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

En una semana, ¿cuántos días come productos de arroz?

- J.1.3.3 (Arroz blanco o integral o harina de arroz):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

En una semana, ¿cuántos días come otros cereales?

- J.1.3.4 (Como avena, amaranto, soya, centeno, etc.):
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

J.1.4

SOBRE LÁCTEOS Y DERIVADOS

En una semana, ¿cuántos días toma leche líquida o yogurt?:

- J.1.4.1
- ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días
☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días
☐ 7 días

- J.1.4.2** En una semana cualquiera, ¿cuántos días toma leche evaporada o en polvo?: ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

- J.1.4.3** En una semana cualquiera, ¿cuántos días come queso?
(Cualquier tipo de queso como oaxaca, panela, chihuahua etc.): ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

J.1.5

SOBRE GRASAS

- J.1.5.1** En una semana, ¿cuántos días come aguacate o guacamole?: ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

- J.1.5.2** En una semana, ¿cuántos días come semillas como cacahuates, nueces, almendras, o pistachos?
(Incluye pepitas, entre otros): ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

- J.1.5.3** En una semana, ¿cuántos días cocina con aceite o agrega aderezos?
(Aceites de aguacate, ajonjolí, maíz, canola, cártamo, oliva, palma, soya, coco, girasol, palma, o aderezos como mayonesa, mantequilla, margarina, y crema de cualquier tipo, queso crema, u otros aderezos): ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

J.1.6

SOBRE AZÚCARES

- J.1.6.1** En una semana, ¿cuántos días come productos azucarados como chocolate, mermelada, miel, entre otros?
(Miel de abeja, de caña, de maíz, de maple, mermelada, bebida para deportista en polvo, azúcar blanca, o mascabada, cocoa/chocolate en polvo, leche en polvo sabor chocolate, jalea.): ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

- J.1.6.2** En una semana, ¿cuántos días toma refrescos o néctares?
(Refrescos azucarados o energizados, o café y té con azúcar): ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

- J.1.6.3** En una semana, ¿cuántos días consume bebidas con cafeína como café o té?
(Con o sin azúcar. Sin embargo, si son con azúcar, considerar también en el punto anterior.): ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

J.1.7

SOBRE COMIDAS CHATARRA

- J.1.7.1** En una semana, ¿cuántos días come productos empaquetados?
(Como frituras, papas fritas, doritos, pastelillos, etc): ☐ No consumo ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días ☐ 4 días ☐ 5 días ☐ 6 días ☐ 7 días

J.1.8

SOBRE AGUA

J.1.8.1

¿Cuántos vasos de agua simple o natural toma al día (de 200ml)?:

- ☐ 0
☐ 1
☐ 10 vasos ó 1 Botella de 2 litros
☐ Hasta 15 vasos o más ó hasta 3 litros o más
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 vasos ó 1 Botella de 1 litro
☐ 6
☐ 7
☐ 8 Vasos ó 1 Botella de 1.5 litros
☐ 9
☐ No sé

▶ J.2) Actividad Física

▶ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▶ L) Hospitalizaciones 50%

▶ M) Familiares 44%

▶ N) Hogar 0%

▶ P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\).](#) Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación **5%**

▸ C) Salud General **6%**

▸ D) Percepción Personal **0%**

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental **100%**

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber **0%**

▸ G) Salud Reproductiva **0%**

▸ H) Fracturas y Dolores **0%**

▾ J) Alimentación y Actividades **0%**

▸ J.1) Alimentación

▾ J.2) Actividad Física

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

LEA ESTAS INSTRUCCIONES POR FAVOR!

A continuación le realizaré algunas preguntas relacionadas con su actividad física.

J.2.1 ¿Cuántas HORAS en promedio duerme en un día?: ☐ 5 o menos ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 o más
☐ No sé

J.2.2**ACTIVIDADES VIGOROSAS**

Las actividades vigorosas de más de 10 minutos hacen que usted se agite y respire con mucho más dificultad de lo normal y estas actividades pueden ser **correr, andar en bicicleta rápidamente, nadar constantemente, subir escaleras, levantar pesas, cavar, trabajo agrícola como cosechar, trabajo de albañilería, jugar básquetbol o jugar fútbol.**

J.2.2.1 Durante la última semana, ¿Cuántos días realiza actividad física vigorosa?: ☐ Nunca
☐ 1 día
☐ 2 días
☐ 3 días
☐ 4 días
☐ 5 días
☐ 6 días
☐ 7 días
☐ No puedo hacer ejercicio vigoroso
☐ No sé

J.2.2.2 Generalmente ¿cuánto tiempo en total le tomó realizar actividad(es) física(s) vigorosa(s) en uno de esos días?: --:-- (horas : minutos)

J.2.2.3 Si el tiempo dedicado a las actividades físicas varía diariamente, ¿cuánto TIEMPO TOTAL dedicó en los últimos 7 días a hacer actividad(es) física(s) vigorosa(s)?
(Por ejemplo, si varían mucho día a día las actividades físicas.) --:-- (horas : minutos)

J.2.3**ACTIVIDADES MODERADAS**

Ahora piense en todas las actividades que requieran de un esfuerzo físico moderado que pudo haber realizado durante los últimos 7 días. Las actividades moderadas hacen que usted se agite un poquito más de lo normal y estas actividades pueden ser: **bailar, cargar cosas ligeras de un lugar a otro, ir en bicicleta a un paseo regular, tocar la batería, realizar diversas labores caseras al mismo tiempo, alimentar animales, jugar voleibol, un trote ligero, etc. NO INCLUYA CAMINAR.** Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

J.2.3.1 Durante la última semana, ¿cuántos días realiza actividad física moderada?: ☐ Nunca
☐ 1 día
☐ 2 días
☐ 3 días
☐ 4 días
☐ 5 días
☐ 6 días
☐ 7 días
☐ No puedo hacer ejercicio moderado
☐ No sé

J.2.3.2 Generalmente ¿cuánto tiempo le tomó realizar actividad(es) física(s) moderada(s) en uno de esos días?: --:-- (horas : minutos)

J.2.3.3 Si el tiempo dedicado a las actividades físicas varía diariamente, ¿cuánto TIEMPO TOTAL dedicó en los últimos 7 días a hacer actividades físicas moderadas? --:-- (horas : minutos)

J.2.4**CAMINAR**

Ahora piense en el tiempo que ha **caminado** durante los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, trasladándose de un lugar a otro y/o cualquier otra caminata que usted haya hecho meramente por recreación, deporte, ejercicio o placer. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

J.2.4.1

Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos DÍAS caminó por lo menos 10 minutos continuos?:

- ☐ Nunca
☐ 1 día
☐ 2 días
☐ 3 días
☐ 4 días
☐ 5 días
☐ 6 días
☐ 7 días
☐ No puedo caminar
☐ No sé

J.2.4.2

¿Cuánto TIEMPO caminó usted en UNO de esos días?:

--:-- (horas : minutos)

J.2.4.3

Si el tiempo varía diariamente, ¿cuánto TIEMPO TOTAL camina usted en una semana?
 (Por ejemplo, si varían mucho día a día las actividades físicas.):

--:-- (horas : minutos)

J.2.5

SENTADO

Ahora piense en el tiempo que usted estuvo **sentado(a)** durante los últimos 7 días. Incluya el tiempo que pasó sentado(a) en el trabajo, en la casa, estudiando, y durante el tiempo de descanso. Esto puede incluir el tiempo que pasó sentado(a) en un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentado(a) o acostado(a) viendo la televisión.

J.2.5.1

En UN DÍA típico de la semana, ¿cuánto tiempo en total estuvo sentado(a)?

(Si batalla, concéntrese en el miércoles pasado): --:-- (horas : minutos)

J.2.5.2

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos DÍAS se desplazó en tren, autobús, automóvil, tranvía, metro, colectivo o similar?:

- ☐ Nunca
☐ 1 día
☐ 2 días
☐ 3 días
☐ 4 días
☐ 5 días
☐ 6 días
☐ 7 días
☐ No puedo caminar
☐ No se

J.2.5.3

En UN DÍA típico de la semana, ¿cuánto tiempo en total estuvo transportándose en dichos vehículos?:

--:--

J.2.6

ACTIVIDADES SEDENTARIAS

Estas preguntas se refieren a las actividades que realiza frente a un monitor, ya sea en el trabajo, en su casa, con amigos, familia, etc. Incluyendo ver televisión, ver películas o telenovelas, jugar videojuegos y/o estar en la computadora, tableta electrónica o teléfono.

¿Cuántas horas de lunes a viernes pasa frente a la televisión?

(Incluyendo películas, DVD, series. Incluya todo el tiempo de la mañana, tarde y noche.)

J.2.6.1

... en UN DÍA de lunes a viernes?:

- ☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

J.2.6.2

...y ¿en sábado o domingo?:

- ☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

¿Cuántas horas pasa frente a una pantalla, jugando videojuegos?

(Atari, Sega, Nintendo, GameBoy, Play-station, Wii, X-box u otros juegos de video y/o computadora, tableta electrónica o teléfono. Incluya todo el tiempo de la mañana, tarde y noche.)

J.2.6.3

... en UN DÍA de lunes a viernes?:

☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

J.2.6.4

...y ¿en sábado o domingo?:

☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

¿Cuántas horas pasa en INTERNET viendo una pantalla?

(Ya sea computadora, tableta electrónica o teléfono, chateando, navegando en internet, enviando mails o trabajando. Sin contar la actividad de jugar ya registrada. Incluya todo el tiempo de la mañana, tarde y noche.)

J.2.6.5

... en UN DÍA de lunes a viernes?:

☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

J.2.6.6

.. y en sábado o domingo?:

☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

¿Cuántas horas al día se pasa exclusivamente escuchando música por placer?

En cualquier dispositivo o evento. Solo la música que escucha sin trabajar, jugar, caminar, correr, o haciendo otras actividades.

J.2.6.7

... en UN DÍA de lunes a viernes?:

☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

J.2.6.8

... y ¿en sábado o domingo?:

☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

J.2.6.9

¿Cuánto horas al día se expone a luz solar?:

☐ Nada ☐ 1 Hora o menos ☐ 2 h
☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h
☐ 8 h ☐ 9 h o más ☐ No sé

▸ K) Vacunas y Medicamentos **0%**

▸ L) Hospitalizaciones **50%**

▸ M) Familiares **44%**

▸ N) Hogar **0%**

▸ P) Medición Física **0%**

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\)](#)

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▶ B) Trabajo y Ocupación 5%

▶ C) Salud General 6%

▶ D) Percepción Personal 0%

▶ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▶ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▶ G) Salud Reproductiva 0%

▶ H) Fracturas y Dolores 0%

▶ J) Alimentación y Actividades 0%

▼ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▼ K.1) Vacunas

? Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Ya hablamos de las enfermedades, ahora veamos medidas de prevención. Empezamos con las vacunas.

K.1.1 VACUNACIÓN

K.1.1.1 ¿Se vacunó contra el COVID-19?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

¿Qué tipo de vacuna(s) COVID-19?

K.1.1.2 ¿Qué tipo de vacuna(s) COVID-19?:

Ejemplos: Pfizer BioNTech, Moderna, AstraZeneca, CanSino, Sputnik V, Sinovac, Johnson & Johnson, otras especificar

K.1.1.3 Total de dosis de vacunas COVID-19 sumando los refuerzos que se ha aplicado: Total de

K.1.1.4 ¿Le han aplicado vacunas para Sarampión y Rubéola (SR)?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.1.1.5 ¿Le han aplicado vacunas para Tétanos y Difteria (Td)?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.1.1.6 ¿Le han aplicado vacuna Tétanos, Difteria, Tos Ferina (Tdap)?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.1.1.7 ¿Se ha aplicado vacunas de Influenza Estacional?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.1.1.8 ¿Cuántos años se ha aplicado vacunas de Influenza Estacional?: ¿Cuánto

K.1.1.9 ¿Le han aplicado vacunas contra el Neumococo?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.1.1.10 ¿Cuántas veces le han aplicado vacunas contra el Neumococo?: ¿Cuánto

K.1.1.11 ¿Le han aplicado la vacuna del virus del papiloma humano (vph)?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.1.1.12 ¿Alguna otra vacuna? Enlístelas:

¿Alguna otra vacuna? Enlístelas

▸ K.2) Medicamentos Generales

▸ K.3) Medicamentos Especializados

▸ L) Hospitalizaciones **50%**

▸ M) Familiares **44%**

▸ N) Hogar **0%**

▸ P) Medición Física **0%**

[Aviso de privacidad](#) ([Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica](#)).

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▸ H) Fracturas y Dolores 0%

▸ J) Alimentación y Actividades 0%

▾ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▸ K.1) Vacunas

▾ K.2) Medicamentos Generales

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS COMÚNES

Ahora veremos otros medicamentos y suplementos.

K.2.1

¿Toma usted regularmente alguno de los siguientes medicamentos o equivalentes...

K.2.1.1 ...Aspirina?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.1.2 ... Ibuprofeno?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.1.3 ... Paracetamol?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.1.4 ... Ranitidina?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.1.5 ... Omeprazole?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.1.6 ... Laxantes?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.2 ¿Toma usted regularmente alguno de los siguientes suplementos o equivalentes...

K.2.2.1 ... Vitamina A?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.2.2 ... Vitamina B?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.2.3 ... Vitamina C?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.2.4 ... Vitamina D?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.2.5 ... Vitamina E?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.2.6 ... ácido fólico / folatos / Vit B9 ? : ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.2.7 ... Multivitamínicos ? : ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.3 ¿Toma regularmente alguno de los siguientes minerales ...

K.2.3.1 ... aceites de pescado?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.3.2 ... Glucosamina?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.3.3 ... calcio?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.3.4 .. zinc ? : ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.3.5 .. hierro?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

K.2.3.6 ... selenio?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

► K.3) Medicamentos Especializados

► L) Hospitalizaciones **50%**

► M) Familiares **44%**

► N) Hogar **0%**

► P) Medición Física **0%**

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\).](#)

 Guardar



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▸ H) Fracturas y Dolores 0%

▸ J) Alimentación y Actividades 0%

▾ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▸ K.1) Vacunas

▸ K.2) Medicamentos Generales

▾ K.3) Medicamentos Especializados

- Lista de medicamentos ya sean tomados, inyectados o aplicados.
- Con 1 mes o más de uso o por indicación médica.
- Entre más completa, mejor.
- No duplique medicamentos.
- Use la opción Agregar para iniciar.

? Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Medicamento	Razón	Años	Meses	Dosis
Xeloda				
Triyodotiroxina				
DOPRAM 200 mg		6	1	0

Mostrando registros del 1 al 3 de un total de 3 registros

Anterior 1 Siguiente

Agregar

Editar

Borrar

▸ L) Hospitalizaciones 50%

▸ M) Familiares 44%

▸ N) Hogar 0%

▸ P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\)](#)

Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▸ H) Fracturas y Dolores 0%

▸ J) Alimentación y Actividades 0%

▸ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▼ L) Hospitalizaciones 50%

- Lista de hospitalizaciones a declarar.

- Trate de enlistar la mayor cantidad de eventos posibles.

- No duplique eventos.

- Use la opción Agregar para iniciar.

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico de egreso	Cirugía	Tipo de cirugía	Año	Edad
Operacion de tiroides				1992	

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

Anterior

1

Siguiente

Agregar

Editar

Borrar

▸ M) Familiares 44%

▸ N) Hogar 0%

▸ P) Medición Física 0%

[Aviso de privacidad](#) ([Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica](#)).

Guardar



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación **5%**

▸ C) Salud General **6%**

▸ D) Percepción Personal **0%**

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental **100%**

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber **0%**

▸ G) Salud Reproductiva **0%**

▸ H) Fracturas y Dolores **0%**

▸ J) Alimentación y Actividades **0%**

▸ K) Vacunas y Medicamentos **0%**

▸ L) Hospitalizaciones **50%**

▾ M) Familiares **44%**

▾ M.1) Nacionalidad de familiares

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Ahora nos gustaría hablar de sus padres y abuelos.

M.1.1

Lugar de nacimiento del PADRE

M.1.1.1 País: México

M.1.1.2 Estado (opcional): Nuevo León

M.1.1.3 Municipio (opcional): Monterrey

M.1.2

Lugar de nacimiento de la MADRE

M.1.2.1 País: México

M.1.2.2 Estado (opcional): Nuevo León

M.1.2.3 Municipio (opcional): Monterrey

M.1.3

Lugar de nacimiento del ABUELO PATERNO

M.1.3.1 País: México

M.1.3.2 Estado (opcional): Nuevo León

M.1.3.3 Municipio (opcional): Marín

M.1.4

Lugar de nacimiento de la ABUELA PATERNA

M.1.4.1 País: México

M.1.4.2 Estado (opcional): Nuevo León

M.1.4.3 Municipio (opcional): Sabinas Hidalgo

M.1.5

Lugar de nacimiento del ABUELO MATERNO

M.1.5.1 País: México

M.1.5.2 Estado (opcional): San Luis Potosí

M.1.5.3 Municipio (opcional): Municipio (opcional)

M.1.6

Lugar de nacimiento de la ABUELA MATERNA

M.1.6.1 País: México

M.1.6.2 Estado (opcional): Nuevo León

M.1.6.3 Municipio (opcional): Marín

► M.2) Enfermedades Heredo-Familiares

► N) Hogar 0%

► P) Medición Física 0%

 Guardar



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▸ H) Fracturas y Dolores 0%

▸ J) Alimentación y Actividades 0%

▸ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▸ L) Hospitalizaciones 50%

▾ M) Familiares 44%

▸ M.1) Nacionalidad de familiares

▾ M.2) Enfermedades Heredo-Familiares

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

M.2.1 **PADRE**

M.2.1.1 ¿Su PADRE tiene o tuvo diabetes o azúcar alta en la sangre?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.1.2 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la diabetes a su PADRE?:

M.2.1.3 ¿Su PADRE tiene o tuvo hipertension?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.1.4 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la hipertensión a su PADRE?:

M.2.1.5 ¿Su PADRE tiene o tuvo colesterol o triglicéridos altos?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.1.6 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron los triglicéridos o colesterol alto a su PADRE?:

M.2.1.7 ¿Su PADRE tuvo o ha tenido un infarto?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.1.8 ¿A qué edad aproximada tuvo el primer infarto su PADRE?:

M.2.1.9 ¿Su PADRE tuvo o ha tenido cáncer?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.1.10 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron el cáncer a su PADRE?:

M.2.1.11 ¿Su padre tiene o ha tenido pólipos en el colon?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.1.12 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron los pólipos ? :

M.2.1.13 ¿Su PADRE tuvo o ha tenido otra enfermedad?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.1.14 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la enfermedad a su PADRE?:

M.2.1.15 ¿Cuál otra enfermedad tuvo o tiene su PADRE?:

M.2.2 **MADRE**

M.2.2.1 ¿Su MADRE tiene o tuvo diabetes o azúcar alta en la sangre?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.2.2 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la diabetes a su MADRE?:

M.2.2.3 ¿Su MADRE tiene o tuvo hipertension?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.2.4 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la hipertensión a su MADRE?:

M.2.2.5 ¿Su MADRE tiene o tuvo colesterol o triglicéridos altos?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.2.6 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron los triglicéridos o colesterol alto a su MADRE?:

M.2.2.7 ¿Su MADRE tuvo o ha tenido un infarto?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.2.8 ¿A qué edad aproximada tuvo el primer infarto su MADRE?:

M.2.2.9 ¿Su MADRE tuvo o ha tenido cáncer?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.2.10 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron el cáncer a su MADRE?:

M.2.2.11 ¿Su madre tuvo o ha tenido pólipos en el colon?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.2.12 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron los pólipos a su madre ? :

M.2.2.13 ¿Su MADRE tuvo o ha tenido otra enfermedad?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.2.14 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la enfermedad a su MADRE?:

M.2.2.15 ¿Cuál otra enfermedad tuvo o tiene su MADRE?:

¿Cuál otra enfermedad tuvo o tiene su MADRE?

M.2.3 **HERMANOS**

M.2.3.1 ¿Alguno de sus HERMANOS(AS) tiene o tuvo diabetes o azúcar alta en la sangre?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.3.2 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la diabetes a su HERMANO(A)?:

¿A qu

M.2.3.3 ¿Alguno de sus HERMANOS(AS) tiene o tuvo hipertensión?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.3.4 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la hipertensión a su HERMANO(A)?:

¿A qu

M.2.3.5 ¿Alguno de sus HERMANOS(AS) tiene o tuvo colesterol o triglicéridos altos?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.3.6 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron los triglicéridos o colesterol alto a su HERMANO(A)?:

¿A qu

M.2.3.7 ¿Alguno de sus HERMANOS(AS) tuvo o ha tenido un infarto?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.3.8 ¿A qué edad aproximada tuvo el primer infarto su HERMANO(A)?:

¿A qu

M.2.3.9 ¿Alguno de sus HERMANOS(AS) tuvo o ha tenido cáncer?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.3.10 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron el cáncer a su HERMANO(A)?:

¿A qu

M.2.3.11 ¿Alguno de sus hermanos tuvo o ha tenido pólipos en el colon?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.3.12 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron los pólipos a su hermano(a) ?:

¿A qu

M.2.3.13 ¿Alguno de sus HERMANOS(AS) tuvo o ha tenido otra enfermedad?: ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.3.14 ¿A qué edad aproximada le diagnosticaron la enfermedad a su HERMANO(A)?:

¿A qu

M.2.3.15 ¿Cuál otra enfermedad tuvo o tiene su HERMANO(A)?:

¿Cuál otra enfermedad tuvo o tiene su HERMANO(A)?

M.2.4 **OTRAS CONDICIONES**

M.2.4.1 ¿Hay algún rasgo, condición, o aspecto particular que presenten varios de sus familiares que no se haya reportado?:

Como dolores en rodillas, intolerancia a alimentos, marcas en la piel, malformaciones, o un aspecto particular. ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

M.2.4.2 Describa las condiciones genéticas dejando claro si también están presentes en usted:

Describa las condiciones genéticas dejando claro si también están presentes en usted

► N) Hogar **0%**

► P) Medición Física **0%**

 Guardar

[Aviso de privacidad \(Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica\)](#)

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación **5%**

▸ C) Salud General **6%**

▸ D) Percepción Personal **0%**

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental **100%**

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber **0%**

▸ G) Salud Reproductiva **0%**

▸ H) Fracturas y Dolores **0%**

▸ J) Alimentación y Actividades **0%**

▸ K) Vacunas y Medicamentos **0%**

▸ L) Hospitalizaciones **50%**

▸ M) Familiares **44%**

▾ N) Hogar **0%**

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

N.1.1

Pensando en el jefe o jefa de este hogar... ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?:

- ☐ Preparatoria Completa
- ☐ Preparatoria Incompleta
- ☐ Carrera Comercial
- ☐ Carrera Técnica
- ☐ Doctorado
- ☐ Licenciatura Completa
- ☐ Licenciatura Incompleta
- ☐ Maestría, Diplomado, o Especialidad
- ☐ No estudió
- ☐ Primaria Completa
- ☐ Primaria Incompleta
- ☐ Secundaria Completa
- ☐ Secundaria Incompleta

N.1.2

¿Cuántos baños completos con regadera y excusado (W.C.) hay en esta vivienda?:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más

N.1.3

¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más

N.1.4

Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?:

☐ No ☐ Sí ☐ No sé

N.1.5

De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más

N.1.6

En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más

▸ P) Medición Física **0%**

[Aviso de privacidad](#) ([Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica](#)).

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación 5%

▸ C) Salud General 6%

▸ D) Percepción Personal 0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental 100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber 0%

▸ G) Salud Reproductiva 0%

▸ H) Fracturas y Dolores 0%

▸ J) Alimentación y Actividades 0%

▸ K) Vacunas y Medicamentos 0%

▸ L) Hospitalizaciones 50%

▸ M) Familiares 44%

▸ N) Hogar 0%

▾ P) Medición Física 0%

▾ P.1) Antropometría Básica

? Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

Para el estudio de BIOIMPEDANCIA

P.1.1

Campo ID: Campo ID

P.1.0

P.1.2 ¿Se presenta dentro de su periodo menstrual?: ☐ No ☐ SíP.1.3 ¿Se encuentra dentro de los 5 días previos o posteriores al periodo menstrual?: ☐ No ☐ SíP.1.4 ¿Se presenta con ropa ligera?: ☐ No ☐ SíP.1.5 ¿Cuántas horas de ayuno?: P.1.6 ¿Cuántas horas de no haber ingerido té, café, o bebidas alcohólicas?: P.1.7 ¿Cuántas horas sin actividad física vigorosa?: P.1.8 Estatura (centímetros): P.1.9 Circunferencia de cintura (centímetros): P.1.10 Solo si es mujer, ¿está embarazada?: ☐ No ☐ SíP.1.11 ¿Tiene alguna prótesis?: ☐ No ☐ SíP.1.12 ¿Tiene un marcapasos?: ☐ No ☐ Sí

▸ P.2) Metabólicos

▸ P.3) Parámetros de Bioimpedancia

[Aviso de privacidad](#) ([Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica](#)).

 Guardar

oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación5%

▸ C) Salud General6%

▸ D) Percepción Personal0%

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental100%

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber0%

▸ G) Salud Reproductiva0%

▸ H) Fracturas y Dolores0%

▸ J) Alimentación y Actividades0%

▸ K) Vacunas y Medicamentos0%

▸ L) Hospitalizaciones50%

▸ M) Familiares44%

▸ N) Hogar0%

▾ P) Medición Física0%

▸ P.1) Antropometría Básica

▾ P.2) Metabólicos

?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

P.2.1

Tensión arterial (sistólica/diastólica):

Tensión arterial (sistólic

P.2.2

Latidos por minuto:

Latidos

P.2.3

Glucosa en sangre:

Glucosa

P.2.4

Triglicéridos en sangre:

Triglicér

P.2.5

Colesterol en sangre:

Colester

P.2.6

HDL en sangre:

HDL en

P.2.7

LDL en sangre:

LDL en :

▸ P.3) Parámetros de Bioimpedancia

[Aviso de privacidad](#) ([Aviso de privacidad para voluntarios a protocolos de investigación clínica](#)).

 Guardar



Gestión de datos del proyecto oriGen

▸ B) Trabajo y Ocupación **5%**

▸ C) Salud General **6%**

▸ D) Percepción Personal **0%**

▸ E) Salud Visual, Auditiva y Dental **100%**

▸ F) Hábitos de Fumar y Beber **0%**

▸ G) Salud Reproductiva **0%**

▸ H) Fracturas y Dolores **0%**

▸ J) Alimentación y Actividades **0%**

▸ K) Vacunas y Medicamentos **0%**

▸ L) Hospitalizaciones **50%**

▸ M) Familiares **44%**

▸ N) Hogar **0%**

▾ P) Medición Física **0%**

▸ P.1) Antropometría Básica

▸ P.2) Metabólicos

▾ P.3) Parámetros de Bioimpedancia



?

Mantenga el puntero 2 segundos en c/campo (solo computadora), o clic en el título.

P.3.1	Altura (Height):	Altura (Height)
P.3.2	Fecha de Nacimiento (Date_of_Birth):	Fecha de Nacimiento (Date_of_Birth)
P.3.3	Género (Gender):	Género (Gender)
P.3.4	Edad (Age):	Edad (Age)
P.3.5	Peso (Weight):	Peso (Weight)
P.3.6	(Lower_Limit_Weight_Normal_Range):	(Lower_Limit_Weight_Normal_Range)
P.3.7	(Upper_Limit_Weight_Normal_Range):	(Upper_Limit_Weight_Normal_Range)
P.3.8	(TBW_Total_Body_Water):	(TBW_Total_Body_Water)
P.3.9	(Lower_Limit_TBW_Normal_Range):	(Lower_Limit_TBW_Normal_Range)
P.3.10	(Upper_Limit_TBW_Normal_Range):	(Upper_Limit_TBW_Normal_Range)
P.3.11	(Protein):	(Protein)
P.3.12	(Lower_Limit_Protein_Normal_Range):	(Lower_Limit_Protein_Normal_Range)
P.3.13	(Upper_Limit_Protein_Normal_Range):	(Upper_Limit_Protein_Normal_Range)
P.3.14	(Minerals):	(Minerals)
P.3.15	(Lower_Limit_Minerals_Normal_Range):	(Lower_Limit_Minerals_Normal_Range)
P.3.16	(Upper_Limit_Minerals_Normal_Range):	(Upper_Limit_Minerals_Normal_Range)
P.3.17	(BFM_Body_Fat_Mass):	(BFM_Body_Fat_Mass)
P.3.18	(Lower_Limit_BFM_Normal_Range):	(Lower_Limit_BFM_Normal_Range)
P.3.19	(Upper_Limit_BFM_Normal_Range):	(Upper_Limit_BFM_Normal_Range)
P.3.20	(SMM_Skeletal_Muscle_Mass):	(SMM_Skeletal_Muscle_Mass)
P.3.21	(Lower_Limit_SMM_Normal_Range):	(Lower_Limit_SMM_Normal_Range)
P.3.22	(Upper_Limit_SMM_Normal_Range):	(Upper_Limit_SMM_Normal_Range)
P.3.23	(BMI_Body_Mass_Index):	(BMI_Body_Mass_Index)
P.3.24	(Lower_Limit_BMI_Normal_Range):	(Lower_Limit_BMI_Normal_Range)
P.3.25	(Upper_Limit_BMI_Normal_Range):	(Upper_Limit_BMI_Normal_Range)
P.3.26	(PBF_Percent_Body_Fat):	(PBF_Percent_Body_Fat)
P.3.27	(Lower_Limit_PBF_Normal_Range):	(Lower_Limit_PBF_Normal_Range)
P.3.28	(Upper_Limit_PBF_Normal_Range):	(Upper_Limit_PBF_Normal_Range)
P.3.29	(FFM_of_Right_Arm):	(FFM_of_Right_Arm)
P.3.30	(FFM_PC__of_Right_Arm):	(FFM_PC__of_Right_Arm)
P.3.31	(FFM_of_Left_Arm):	(FFM_of_Left_Arm)
P.3.32	(FFM_PC__of_Left_Arm):	(FFM_PC__of_Left_Arm)
P.3.33	(FFM_of_Trunk):	(FFM_of_Trunk)
P.3.34	(FFM_PC__of_Trunk):	(FFM_PC__of_Trunk)
P.3.35	(FFM_of_Right_Leg):	(FFM_of_Right_Leg)
P.3.36	(FFM_PC__of_Right_Leg):	(FFM_PC__of_Right_Leg)
P.3.37	(FFM_of_Left_Leg):	(FFM_of_Left_Leg)
P.3.38	(FFM_PC__of_Left_Leg):	(FFM_PC__of_Left_Leg)

P.3.39	(BFM_of_Right_Arm):	(BFM_of_Right_Arm)
P.3.40	(BFM_PC_of_Right_Arm):	(BFM_PC_of_Right_Arm)
P.3.41	(BFM_of_Left_Arm):	(BFM_of_Left_Arm)
P.3.42	(BFM_PC_of_Left_Arm):	(BFM_PC_of_Left_Arm)
P.3.43	(BFM_of_Trunk):	(BFM_of_Trunk)
P.3.44	(BFM_PC_of_Trunk):	(BFM_PC_of_Trunk)
P.3.45	(BFM_of_Right_Leg):	(BFM_of_Right_Leg)
P.3.46	(BFM_PC_of_Right_Leg):	(BFM_PC_of_Right_Leg)
P.3.47	(BFM_of_Left_Leg):	(BFM_of_Left_Leg)
P.3.48	(BFM_PC_of_Left_Leg):	(BFM_PC_of_Left_Leg)
P.3.49	(InBody_Score):	(InBody_Score)
P.3.50	(Target_Weight):	(Target_Weight)
P.3.51	(Weight_Control):	(Weight_Control)
P.3.52	(BFM_Control):	(BFM_Control)
P.3.53	(FFM_Control):	(FFM_Control)
P.3.54	(BMR_Basal_Metabolic_Rate):	(BMR_Basal_Metabolic_Rate)
P.3.55	(WHR_Waist_Hip_Ratio):	(WHR_Waist_Hip_Ratio)
P.3.56	(Lower_Limit_WHR_Normal_Range):	(Lower_Limit_WHR_Normal_Range)
P.3.57	(Upper_Limit_WHR_Normal_Range):	(Upper_Limit_WHR_Normal_Range)
P.3.58	(VFL_Visceral_Fat_Level):	(VFL_Visceral_Fat_Level)
P.3.59	(Obesity_Degree):	(Obesity_Degree)
P.3.60	(Lower_Limit_Obesity_Degree_Normal_Range):	(Lower_Limit_Obesity_Degree_Normal_Range)
P.3.61	(Upper_Limit_Obesity_Degree_Normal_Range):	(Upper_Limit_Obesity_Degree_Normal_Range)
P.3.62	(_20kHz_RA_Impedance):	(_20kHz_RA_Impedance)
P.3.63	(_20kHz_LA_Impedance):	(_20kHz_LA_Impedance)
P.3.64	(_20kHz_TR_Impedance):	(_20kHz_TR_Impedance)
P.3.65	(_20kHz_RL_Impedance):	(_20kHz_RL_Impedance)
P.3.66	(_20kHz_LL_Impedance):	(_20kHz_LL_Impedance)
P.3.67	(_100kHz_RA_Impedance):	(_100kHz_RA_Impedance)
P.3.68	(_100kHz_LA_Impedance):	(_100kHz_LA_Impedance)
P.3.69	(_100kHz_TR_Impedance):	(_100kHz_TR_Impedance)
P.3.70	(_100kHz_RL_Impedance):	(_100kHz_RL_Impedance)
P.3.71	(_100kHz_LL_Impedance):	(_100kHz_LL_Impedance)
P.3.72	(InBody_Type):	(InBody_Type)
P.3.73	(Lower_Limit_BMR_Normal_Range):	(Lower_Limit_BMR_Normal_Range)
P.3.74	(Upper_Limit_BMR_Normal_Range):	(Upper_Limit_BMR_Normal_Range)
P.3.75	Fecha de Captura:	dd/mm/yyyy
P.3.76	IMC:	IMC



oriGenSys [v04_Jul_2024-a]
Tecnológico de Monterrey.