

Código Identificación: \_\_\_\_\_

**Cuestionario acompañante a la donación voluntaria de muestras de piezas dentales  
(dientes) para análisis de isotopos estables.**

Muchas gracias por aceptar su participación voluntaria en este estudio. Solamente le solicitamos que responda una serie de preguntas:

**1. Sobre este estudio**

a. ¿Ya participó de este proyecto? (Marque con un **O** según corresponda)

SI NO

b. Usted, o su odontóloga/o, ¿puede/n identificar que diente/s está donando?

.....

**2. Preguntas Personales**

a. Género (Marque con una X según corresponda).

Mujer	
Varón	
No Binario	
Ninguno me identifica	
Prefiero no decirlo	

b. Sexo biológico (Marque con una X según corresponda).

Femenino	
Masculino	
Otro	
Prefiero no decirlo	

c. Lugar de nacimiento

Ciudad: Provincia:

Fecha de Nacimiento ...../...../.....

d. Lugar de residencia actual

Ciudad: Provincia:

e. Fecha de extracción de la/s pieza/s dental/es: ...../...../.....

f. Desde su nacimiento hasta sus 25 años de edad, ¿Vivió en la misma ciudad de su nacimiento? (Marque con un **O** según corresponda)

SI NO

**3. Traslado de ciudad**

Si usted ha indicado que antes de alcanzar la edad de 25 años **ha mudado su ciudad de residencia** le solicito tenga a bien completar la siguiente pregunta.

En este espacio nos gustaría que nos cuente: ¿Cuántas veces se mudó? ¿A dónde y a qué edad/es se mudó? ¿Cuánto tiempo residió en su nueva ciudad?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Dieta**

a. ¿Cómo fue su dieta durante su niñez/adolescencia? Usted consumía...  
(Marque con una X según corresponda, sólo debe completar con una x por fila)

	Nunca	A veces	Habitualmente	Seguido	Siempre
Carnes rojas					
Productos derivados de animales (huevo, leche, queso, etc.)					
Frutas y verduras					
Pescados de río					
Pescados de mar (merluza, atún) y mariscos					

b. Durante su niñez/adolescencia, ¿tuvo alguna enfermedad metabólica-nutricional? (Ej. bulimia, anorexia, diabetes, etc.)

- NO
- SI, ¿cuál? .....

**5. Actividad Física**

a. Durante su niñez/adolescencia, usted asistía o practicaba...  
(Marque con una X según corresponda, sólo debe completar con una x por fila)

	0/1 días a la semana	2/3 días a la semana	4/5 días a la semana	6/7 días a la semana
Clases de Educación Física (Primaria/Secundaria)				
Deportes				
Otra actividad física (gimnasio, running, etc.)				

b. Considera que el ejercicio físico realizado durante su niñez/adolescencia fue...

- Muy poco
- Poco
- Regular
- Suficiente
- Mucho