

Enmascaramiento

Los siguientes puntos se refieren a exposiciones constantes que usted puede tener. Circule "0" si la respuesta es "NO," o si no sabe si esta expuesto. Circule "1" si la respuesta es "SI," esta expuesto. No deje ningún punto sin contestar.

Circule "0" o "1" solamente

- | | | |
|---|------|------|
| 1. ¿Fuma o mastica tabaco una vez por semana o más a menudo? | NO=0 | SÍ=1 |
| 2. ¿Toma bebidas alcohólicas, cerveza, o vino una vez a la semana o mas a menudo? | NO=0 | SÍ=1 |
| 3. ¿Consumo bebidas con cafeína una vez por semana o más a menudo? | NO=0 | SÍ=1 |
| 4. ¿Utiliza habitualmente (al menos una vez por semana) perfumes, fijador en aerosol para el cabello, u otros productos de cuidado personal con aroma? | NO=0 | SÍ=1 |
| 5. ¿Ha utilizado insecticida en su casa o su lugar de trabajo en el último año? | NO=0 | SÍ=1 |
| 6. ¿Ya sea en su casa o lugar de trabajo, está usted rutinariamente expuesto (una vez por semana o más) a productos químicos, humo o gases químicos? | NO=0 | SÍ=1 |
| 7. Aparte de Usted, ¿alguien más fuma habitualmente adentro de la casa? | NO=0 | SÍ=1 |
| 8. ¿Se utiliza estufa de gas o gas propano para cocinar en su hogar? | NO=0 | SÍ=1 |
| 9. ¿Utiliza habitualmente suavizante de ropa con aroma (ya sea en líquido o en hojas para la secadora) cuando lava su ropa o sábanas? | NO=0 | SÍ=1 |
| 10. ¿Toma habitualmente (una o más veces a la semana) alguno de estos medicamentos: esteroides como prednisona, tabletas para el dolor que requieran receta; medicamentos para la depresión, la ansiedad, o problemas de la conducta; medicamentos para el sueño; o narcóticos que puede conseguir en la calle? | NO=0 | SÍ=1 |

Puntuación del Enmascaramiento (0-10)

4

Impacto de las Intolerancias

Si usted no tolera ciertos productos químicos o alimentos, en una escala de 0-10 díganos que tanto sus intolerancias han afectado diversos aspectos de su vida. Si usted no tiene intolerancias o si sus intolerancias no afectan estos aspectos de su vida, conteste "0." No deje ningún punto sin contestar.

Que tanto le han afectado sus intolerancias:

[0 = no me afectan] [5 = moderadamente]
[10 = severamente]

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Su dieta. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 2. Su capacidad para ir a trabajar o para ir a la escuela. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 3. La manera como amuebla su casa. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 4. La elección de su ropa. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 5. Su capacidad para viajar a otros lugares y para manejar su auto. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 6. La elección de sus productos de uso personal como desodorantes o cosméticos. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 7. Su capacidad para estar cerca de otras personas y para disfrutar actividades sociales como ir a juntas, a la iglesia, a restaurants, etc. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 8. La elección de sus pasatiempos y actividades de recreación. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 9. La relación con su pareja y con su familia. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 10. Su capacidad para limpiar su casa, planchar, cortar el césped, o para desarrollar otras tareas del hogar. | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Puntuación del Impacto (0-100)

Copyright © 1998 Claudia S. Miller. Todos los derechos reservados. Este documento no puede ser traducido o copiado en su totalidad o en partes, ni transmitido en ninguna forma o por medio de algún medio (electrónico o mecánico), incluyendo fotocopiado, grabado, o almacenado en algún sistema de recuperación de información o algo similar sin el permiso por escrito del autor.

5

Date:

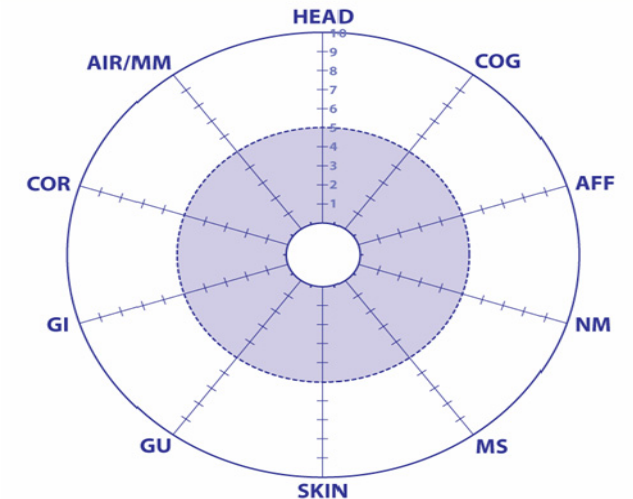
ID:

QEESI[®]

Inventario Rápido sobre Exposiciones y Sensibilidad Ambiental
(Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory)

El propósito de este cuestionario es ayudarle a identificar problemas de salud que haya tenido y también a que comprenda sus síntomas a varias exposiciones ambientales. Complete las páginas 1-5 describiendo como se encuentra ahora. Después llene el diagrama de abajo. Si sus síntomas comenzaron de repente o empeoraron después de una exposición, como por ejemplo a pesticidas o al mudarse a una casa u oficina nuevas, entonces regrese a las páginas 1-3 e indique como estaba antes de la exposición. Use diferentes colores o símbolos (círculos, cuadrados) para "antes" y "después."

Estrella de Síntomas



Instrucciones: Haga que la página 3 coincida con esta página. Dibuje un punto en el área correspondiente por cada síntoma anotado. Conecte los puntos. Use colores diferentes o líneas continuas versus punteadas para identificar las escalas de "antes" y "después."

— Exposiciones Químicas —

Los siguientes puntos preguntan sobre sus reacciones hacia olores o exposiciones químicas. Por favor indique si estos olores o exposiciones lo harían sentirse enfermo, por ejemplo, le da dolor de cabeza, tiene dificultad para pensar, se siente débil, tiene problemas para respirar, tiene malestar estomacal, se siente mareado, o algo similar. Para exposiciones que lo hacen sentirse enfermo, en una escala de 0-10 califique la severidad de sus síntomas con esa exposición. Para las exposiciones que no le molestan, conteste "0." No deje ningún punto sin contestar.

Para cada punto, circule un número solamente:
[0 = no tiene ningún problema] [5 = síntomas moderados]
[10 = síntomas que lo deshabilitan]

1. Diésel o gases del escape de motor.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Humo de Tabaco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Insecticidas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Gasolina, por ejemplo en la estación de servicio mientras llena el tanque de gas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Pintura o diluyente de pintura.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Productos de limpieza tales como desinfectantes, cloro, limpiadores para el baño y para el piso.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Ciertos perfumes, o refrescantes de ambiente u otras fragancias.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Alquitrán o asfalto recién aplicado.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Esmaltes, quita esmaltes; o fijador en aerosol para el cabello.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Productos nuevos como alfombras, cortinas de plástico para el baño, o el interior de un carro nuevo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puntuación del Enmascaramiento (0-100)

Enliste cualquier otra exposición química que le cause daño y dele una puntuación de 0 a 10: _____

1

— Otras Exposiciones —

Los siguientes puntos son sobre sus reacciones a una variedad de otras exposiciones. Como antes, indique si estas exposiciones lo hacen sentirse mal. Califique la severidad de sus síntomas en una escala de 0-10. No deje ningún punto sin contestar.

Para cada punto, circule un número solamente:
[0 = no tiene ningún problema] [5 = síntomas moderados]
[10 = síntomas que lo deshabilitan]

1. Agua para beber tratada con cloro.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Comidas específicas como dulces, pizza, leche, comidas grasosas y picosas, carnes, barbacoa, cebolla, ajo, o aditivos como MSG (glutamato monosódico).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Antojos raros o consumir alimentos como si estuviera adicto a ellos; o que se sienta enfermo si se mal pasa.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Que se sienta enfermo después de comer.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Cafeína como en el café, té, Snapple, bebidas de cola, Big Red, Dr. Pepper o Mountain Dew o chocolate.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Que se sienta mal si no toma o come café, té, soda con cafeína o chocolate, o toma o come menos de ellos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bebidas alcohólicas en pequeñas cantidades tales como una cerveza o una copa de vino.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Tela, joyería de metal, cremas, cosméticos, u otros artículos que tocan su piel.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. No poder tolerar o tener reacciones indeseables o alérgicas a drogas o medicaciones como antibióticos, anestésicos, analgésicos, medio de contraste para radiografía, vacunas, o píldoras anticonceptivas, implantes, prótesis, dispositivos anticonceptivos, u otros materiales para procedimientos quirúrgicos o dentales.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Problemas con cualquier reacción alérgica clásica (asma, síntomas nasales, urticaria, anafilaxis o eczema) cuando está expuesto a alérgicos tales como polen de árboles, césped o polvo, moho, caspa de animal, picaduras de insectos o ciertas comidas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2 Puntuación del Otras Exposiciones (0-100)

2

— Síntomas —

Los siguientes preguntas son sobre síntomas que usted pueda haber experimentado comúnmente. Califique la severidad de sus síntomas en una escala 0 – 10. No deje ningún punto sin contestar.

Para cada punto, circule un número solamente:
[0 = no tiene ningún problema] [5 = síntomas moderados]
[10 = síntomas que lo deshabilitan]

1. Problemas con sus músculos o coyunturas como dolor, picazón, calambres, entumecimiento o debilidad?	MS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Problemas con ardor o irritación de sus ojos, problemas respiratorios como falta de aire, tos, mucha flema, o infecciones respiratorias?	AIR/MM 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Problemas con su corazón o pecho como palpitaciones, ritmo irregular, latidos fuertes del corazón o molestia en el pecho?	COR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Problemas con el estómago o vías digestivas como cólicos, inflamación, náusea, diarrea, o constipación?	GI 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Problemas con su habilidad para pensar como falta de concentración, olvidar cosas, mareado y dificultad para tomar decisiones?	COG 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Problemas con su humor como sentirse tenso, nervioso, irritable, deprimido, con ganas de llorar, coraje, y sin motivación para hacer cosas que antes le interesaban?	AFF 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Problemas con su balance o coordinación, adormecimiento o cosquilleo en sus extremidades, o dificultad para enfocar la vista?	NM 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Problemas con su cabeza como dolor de cabeza o sensación de opresión o plenitud en su cara o cabeza?	HEAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Problemas con su piel como erupción, urticaria o piel reseca?	SKIN 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Problemas con sus vías genitourinarias como dolor pélvico, urgencia para orinar (Para mujeres: incomodidad u otros problemas con su ciclo menstrual)?	GU 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puntuación del Síntomas (0-100)

3