

# INVESTIGACIÓN SOBRE PROTECCIÓN SOLAR

Por favor, selecciona sólo una de las opciones posibles para cada respuesta.

Hombre  Mujer  Edad   .....70X][ c:

¿Alguien en su familia padece o ha padecido cáncer de piel? SI  NO

## Sección 1. Hábitos solares.

**1. En verano, de promedio, ¿cuántas horas estás expuesto/a al sol, entre las 10 de la mañana y las 4 de la tarde (de lunes a viernes)?**

- 30 minutos o menos .....  4 horas .....   
 31 minutos a 1 hora .....  5 horas .....   
 2 horas .....  6 horas .....   
 3 horas .....

**2. En verano, de promedio, ¿cuántas horas estás expuesto/a al sol, entre las 10 de la mañana y las 4 de la tarde (sábado y domingo)?**

- 30 minutos o menos .....  4 horas .....   
 31 minutos a 1 hora .....  5 horas .....   
 2 horas .....  6 horas .....   
 3 horas .....

**3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has tenido quemaduras solares que durasen un día o más?**

- 0  1  2  3  4  5 o más

**Para las siguientes preguntas, piensa en cómo actúas cuando estás expuesto/a al sol durante un día caluroso de verano.**

- |  | Nunca                 | Rara vez              | A veces               | A menudo              | Siempre               |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. ¿Utilizas <b>crema solar</b> ?                                    | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Utilizas <b>camisetas con mangas que te cubran los hombros</b> ? | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Utilizas <b>gorra/sombrero</b> ?                                 | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Buscas <b>sombra o colocarte bajo una sombrilla</b> ?            | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Utilizas <b>gafas de sol</b> ?                                   | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Tomas el sol para broncearte?                                    | <input type="radio"/> |

**10. ¿Cual es tu color de piel sin broncear?**

- Muy claro .....  Moreno claro .....   
 Claro .....  Moreno oscuro .....   
 Aceituna .....  Muy moreno .....

## Sección 2. Chequeo de piel.

**11. ¿Te han realizado alguna vez un chequeo médico de cáncer de piel (de pies a cabeza)?**

- No .....  (Salta a la pregunta 13)  
 Sí .....

**12. En caso afirmativo, ¿cuándo fue el último reconocimiento?**

Mes   / Año

**13. En el último año, ¿te has examinado tu 'a lga c'hi cuerpo, incluyendo tu espalda, de cáncer de piel?**

- No .....   
 Sí .....

**14. En caso afirmativo, ¿cuántas veces?**

## Sección 3. Hábitos XY'UVWj]XUX'Zq]WU:U'U]fY'']VfY.

**15. ¿Qué promedio de horas diarias XY'5: ?**

**16. Cuando \UWg'5: , ¿sueles ponerte crema de protección solar en la cara?**

- No .....  Sí .....

**17. Cuando te pones crema de protección solar, ¿su factor de protección es IGUAL o MAYOR de ' \$?**

- No.....  Sí.....

**18. ¿Te reaplicas la crema de protección solar transcurrido un tiempo?**

- No.....  Sí.....