



Exam 6

Sun Exposure Questionnaire

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date: / /
Month Day Year

1. Por favor, dé un estimado de la cantidad de tiempo que usted pasó en el exterior en áreas expuestas al sol durante la semana anterior.

¿Cuáles áreas fueron expuestas al sol?
Marque todas las que apliquen.

	¿Cuántos minutos aproximadamente pasó en el exterior?				Manos	Cara	Cuello	Brazos	Piernas
Domingo	<input type="radio"/> <5	<input type="radio"/> 5-30	<input type="radio"/> 31-60	<input type="radio"/> >60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunes	<input type="radio"/> <5	<input type="radio"/> 5-30	<input type="radio"/> 31-60	<input type="radio"/> >60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martes	<input type="radio"/> <5	<input type="radio"/> 5-30	<input type="radio"/> 31-60	<input type="radio"/> >60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miércoles	<input type="radio"/> <5	<input type="radio"/> 5-30	<input type="radio"/> 31-60	<input type="radio"/> >60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jueves	<input type="radio"/> <5	<input type="radio"/> 5-30	<input type="radio"/> 31-60	<input type="radio"/> >60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viernes	<input type="radio"/> <5	<input type="radio"/> 5-30	<input type="radio"/> 31-60	<input type="radio"/> >60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sábado	<input type="radio"/> <5	<input type="radio"/> 5-30	<input type="radio"/> 31-60	<input type="radio"/> >60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Desde el Examen 6, ¿ha viajado usted a un lugar soleado?

☐ No

☐ Sí → 2a. ¿A dónde viajó? (Seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Dentro de los Estados Unidos continental
- ☐ Hawaii
- ☐ Caribe
- ☐ México
- ☐ América Central o del Sur
- ☐ Australia
- ☐ Europa
- ☐ Otro, por favor, especifique: _____

2b. ¿Cuántos días (en total) pasó viajando en un lugar(es) soleado(s)?