- Sexo: Hombre / mujer
- Edad: Menor 20/ 20-30 / 30-40 / 40-50 / 50-60 / 60-70 / Mayor 70
- Dieta sin gluten: Sí / No
- Días en los que hay dolores en un mes: Todos / Alternos / De vez en cuando
- Zona de dolores: Cabeza/ Tronco / Extremidades / General
- Intensidad de dolores: Muy baja / baja / media / alta / muy alta
- Que otros síntomas siente aparte de los dolores?
- Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron fibromialgia?
- Cuantos tipos de medicamentos toma al día para aliviar los dolores?
- Se siente cansado físicamente? Si / No
- Le afecta al sueño? Si / No
- Se siente incapacitado para realizar actividades? Si / No
- Hace ejercicio físico? Si / No
- A raíz de la fibromialgia, le han surgido nuevas enfermedades? Si / No
  En caso afirmativo, Cual/cuales?
- Emplea algún tipo de medicina alternativa? Si / No
  En caso afirmativo, Cual?
- Tiene alguna intolerancia/alergia alimentaria? Si / No
  En caso afirmativo, cual?

Si ha respondido que si a la pregunta de la dieta sin gluten, no hace falta responder a la siguiente.

- Sigue algún tipo de dieta especial? Si / No
  En caso afirmativo, Cual?

Gracias por su colaboración.