

## CUESTIONARIO 6<sup>to</sup> Mes (C6 M)

Espacio etiqueta

FECHA CUESTIONARIO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADO: MADRE, PADRE, OTROS  
(ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

Vamos a preguntarle algunos acontecimientos relacionados con la lactancia, la alimentación y la presencia de infecciones o alergias de su hijo/a, durante los primeros seis meses de vida.

Durante los primeros meses los bebés reciben **leche como alimento exclusivo**.  
Le voy a leer a continuación las tres definiciones de lactancia para que usted conteste:

### 1. ¿Qué tipo de lactancia ha recibido su hijo/a?

- a. Lactancia materna exclusiva  
(en caso afirmativo, responda pase las preguntas de 2 a 8 )
- b. Lactancia artificial (biberón) exclusiva  
(en caso afirmativo, responda las preguntas de 9 a 22)
- c. Lactancia mixta  
(en caso afirmativo, responda las preguntas de 23 a 36)

#### Lactancia materna exclusiva

Mi hijo/a ha sido alimentado en forma exclusiva con leche materna, no recibiendo complemento de leche artificial en la maternidad, ni al reincorporarme al trabajo, ni en ninguna otra situación.

#### Lactancia artificial exclusiva

Mi hijo/a ha sido alimentado en forma exclusiva con preparados comerciales de leche, no recibiendo pecho materno ni siquiera durante los primeros días.

#### Lactancia mixta

Mi hijo ha sido alimentado con pecho materno y con preparados comerciales de leche, según necesidad.

❖ **Lactancia materna exclusiva**

2. ¿Ha dejado de amamantar a su hijo/a?

1 Sí  Indique a qué edad de su hijo: \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas

2 No

3. Podría decirnos en promedio cuántas tomas de pecho materno al día realizaba su hijo/a mes a mes (incluir las tomas nocturnas).

Nota: marcar el número de tomas dentro de los recuadros

	Edad del niño en meses					
	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M
Nº tomas de pecho al día						

4. Durante estos meses de lactancia materna, ¿necesitó sacarse leche por motivo laboral u otro?

1. Sí

(rellenar la tabla)

2. No

(pasar a pregunta 4)

Nota: marcar el promedio de número de tomas de leche que se sacaba, en relación al modo de conservación y al mes en cuestión.

	Forma de conservar la leche	Edad del niño en meses					
		1	2	3	4	5	6
Nº tomas de leche materna con biberón/mes	Nevera						
	Congelador						

5. En relación con la alimentación de su hijo/a, ¿cuándo introdujo un alimento distinto de la leche materna (Ej: zumo de naranja, cereales, fruta)? Indicar al menos mes/año.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. Especifique cuál/es fueron los primeros alimentos introducidos.

---

---

---

7. Una vez que su hijo/a aprendió a comer otros alimentos distintos a la leche materna, Ud. redujo el número de tomas de pecho al día?

a. Si

b. No

Cuántas tomas redujo: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha dado a su hijo algún biberón con agua o infusión de hierbas?

a. Si

b. No

Cuál: \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo introdujo por primera vez: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- ¿Con qué frecuencia?
- a. menos de 1 por mes.
  - b. 1-3 veces por mes.
  - c. 1-3 veces por semana.
  - d. 1 por día.
  - e. más de uno por día

A continuación, pasaremos a preguntarle por la alimentación complementaria de su hijo/a. (Ir a página N° 13).

❖ **Lactancia artificial exclusiva**

**9. ¿Ha dejado de dar biberones de leche adaptada a su hijo/a?**

- 1 Sí  Indique a qué edad de su hijo: \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas
- 2 No

**10. Podría decirnos en promedio cuántas tomas de biberón al día realizaba su hijo/a mes a mes (incluir las tomas nocturnas).**

Nota: marcar el número de tomas dentro de los recuadros

	Edad del niño en meses					
	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M
Nº tomas de biberón al día						

**11. Cuando introdujo la lactancia artificial, ¿cuál fue la razón? Se puede escoger más de una opción.**

(marcar con un círculo la/las opciones escogidas)

- a. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
- b. Dificultad del bebé de cogerse al pecho
- c. Escasa ganancia de peso del niño
- d. Experiencia negativa en una lactancia anterior
- e. Cuestiones laborales por parte de la madre
- f. Problemas de salud de la madre (Especificar): \_\_\_\_\_
- g. Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

**12. ¿Qué persona le influyó más a la hora de tomar la decisión?**

(marcar con un círculo la/las opciones escogidas)

- a. Usted sola
- b. Se lo aconsejó su médico
- c. Se lo aconsejó su matrona
- d. Su pareja
- e. Otras personas: \_\_\_\_\_

**13. ¿Qué tipo de agua utilizó al preparar los biberones?**

1. Agua municipal del grifo
2. Pozo privado
3. Agua embotellada. Especificar marca \_\_\_\_\_
4. Otro origen (especificar) \_\_\_\_\_
9. No sabe/No contesta

**14. a Sólo si el origen del agua que utiliza para preparar biberones es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?**

1. Sí  Indicar tipo: \_\_\_\_\_
2. No

**15. ¿Esteriliza el agua para preparar los biberones?**

1. Sí  Indicar método: \_\_\_\_\_
2. No

**16. ¿Qué tipo/s de leche y qué marca/s utilizó para preparar los biberones, hasta el día de la entrevista?**

	Edad del niño al inicio del suministro de la leche						
	0	1	2	3	4	5	6
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
Otro tipo de leche: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
Otro tipo de leche: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
¿Ha experimentado algún problema con alguna fórmula? En caso de que sí. Descríbalo.							

17. ¿Cuándo introdujo en la nutrición de su hijo/a, un alimento distinto de la leche adaptada (Ej: zumo de naranja, cereales, fruta)? Indicar al menos mes/año.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

18. Especifique cuál/es fueron los primeros alimentos introducidos.

---

---

---

19. Una vez que su hijo/a aprendió a comer otros alimentos distintos de la leche adaptada, Ud. redujo el número de tomas de biberones al día?

a. Si

b. No

Cuántas tomas redujo: \_\_\_\_\_

20. ¿Ha dado a su hijo algún biberón con agua o infusión de hierbas?

a. Si

b. No

Cuál: \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo introdujo por primera vez: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- ¿Con qué frecuencia?
- a. menos de 1 por mes.
  - b. 1-3 veces por mes.
  - c. 1-3 veces por semana.
  - d. 1 por día.
  - e. más de uno por día

21. ¿A qué edad del niño introdujo la lactancia artificial?

a. Ni bien nació mi hijo/a  **Fin: (Ir a página N° 14).**

b. Después de recibir algunas tomas de pecho  Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Nota para el entrevistador: reconsiderar la categoría de lactancia artificial exclusiva y completar con la pregunta N° 21 bis y 22 .*

**21.bis. Recibió pecho materno durante más de seis días?**

a. Si   
(rellenar Tabla N°2)

b. No   
(rellenar Tabla N°1)

**Tabla N° 1**

	6 primeros días del niño					
	1	2	3	4	5	6
Nº tomas de biberón al día						
Nº tomas de pecho al día						

**Tabla N° 2**

	semanas de vida del niño					
	1	2	3	4	5	6
Nº tomas de biberón al día						
Nº tomas de pecho al día						

**22. Indique la fecha (meses/semanas de vida) en la que su hijo/a dejó de recibir pecho materno.**

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas

**A continuación, pasaremos a preguntarle por la alimentación complementaria de su hijo/a. (Ir a página N° 13).**

❖ **Lactancia mixta (materna y artificial)**

**23. ¿Ha dejado de amamantar o darle biberones de leche adaptada a su hijo/a?**

1 Sí, ambos

Indique la edad en la que su hijo dejó de recibir cada uno:

	Mes	Semana
Pecho materno		
Biberones de leche adaptada		

2 Si, pero solo dejó una de ellas  Especificar cuál y fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3 No

**24. ¿Realizó lactancia materna exclusiva antes de incorporar la leche adaptada a través del biberón?**

- a. Sí (pasar a pregunta 25)
- b. No, di de forma simultánea la lactancia materna y artificial desde el principio (*pasar a pregunta 26*)
- c. Otra situación (*especificar*)

---



---



---

**25. ¿A qué edad del niño introdujo la lactancia artificial?**

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas



**26. Podría decirnos aproximadamente cuántas tomas de biberón y cuántas tomas de pecho al día realizaba su hijo/a mes a mes (incluir las tomas nocturnas).**

Nota: marcar el número de tomas dentro de los recuadros

	Edad del niño en meses					
	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M
Nº tomas de biberón al día						
Nº tomas de pecho al día						

**27. Cuando introdujo la lactancia artificial, ¿cuál fue la razón? Se puede escoger más de una opción.**

(marcar con un círculo la/las opciones escogidas)

- a. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
- b. Dificultad del bebé de cogerse al pecho
- c. Escasa ganancia de peso del niño
- d. Experiencia negativa en una lactancia anterior
- e. Cuestiones laborales por parte de la madre
- f. Problemas de salud de la madre (Especificar): \_\_\_\_\_
- g. Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

**28. ¿Qué persona le influyó más a la hora de tomar la decisión?**

(marcar con un círculo la/las opciones escogidas)

- a. Usted sola
- b. Se lo aconsejó su médico
- c. Se lo aconsejó su matrona
- d. Su pareja
- e. Otras personas: \_\_\_\_\_

**29. ¿Qué tipo de agua utilizó al preparar los biberones?**

- 1. Agua municipal del grifo
- 2. Pozo privado
- 3. Agua embotellada. Especificar marca \_\_\_\_\_
- 4. Otro origen (especificar) \_\_\_\_\_
- 9. No sabe/No contesta

**29.a Sólo si el origen del agua que utiliza para preparar biberones es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?**

1. Sí  Indicar tipo: \_\_\_\_\_
2. No

**30. ¿Esteriliza el agua para preparar los biberones?**

1. Sí  Indicar método: \_\_\_\_\_
2. No

**31. ¿Qué tipo/s de leche y qué marca/s utilizó para preparar los biberones, hasta el día de la entrevista?**

	Edad del niño al inicio del suministro de la leche						
	0	1	2	3	4	5	6
<b>Leche adaptada:</b> Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Leche adaptada:</b> Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Leche adaptada:</b> Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Leche adaptada:</b> Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Otro tipo de leche:</b> Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Otro tipo de leche:</b> Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥
¿Ha experimentado algún problema con alguna fórmula? En caso de que sí. Descríbalo.							

32. ¿Cuándo introdujo en la nutrición de su hijo/a, un alimento distinto de la leche (Ej: zumo de naranja, cereales, fruta)? Indicar al menos mes/año.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

33. Especifique cuál/es fueron los primeros alimentos introducidos.

---

---

---

34. Una vez que su hijo/a aprendió a comer otros alimentos distintos de la leche, Ud. redujo el número de tomas de biberones/pecho materno al día?

b. Si

b. No

Cuántas tomas redujo: \_\_\_\_\_ biberones

\_\_\_\_\_ pecho materno

35. ¿Ha dado a su hijo algún biberón con agua o infusión de hierbas?

a. Si

b. No

Cuál: \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo introdujo por primera vez: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?

- a. menos de 1 por mes.
- b. 1-3 veces por mes.
- c. 1-3 veces por semana.
- d. 1 por día.
- e. más de uno por día

**36. Durante estos meses de lactancia materna, ¿necesitó sacarse leche por motivo laboral u otro?**

2. **Sí**

(rellenar la tabla)

2. **No**

(pasar a pregunta 36)

Nota: marcar el promedio de número de tomas de leche que se sacaba, en relación al modo de conservación y al mes en cuestión.

	Forma de conservar la leche	Edad del niño en meses					
		1	2	3	4	5	6
Nº tomas de leche materna con biberón/mes	Nevera						
	Congelador						

**A continuación, pasaremos a preguntarle por la alimentación complementaria de su hijo/a. (Ir a página N° 13).**



Tipo de alimento	Edad del niño ( <i>en meses y semanas</i> )	Preparado casero, comercial o mixto ( <i>anotar</i> )	Si comercial: nombre y marca	¿Cuántas veces al día lo toma actualmente?					
				1-3/mes	1/sem	2-4/sem	5-6/sem	1/día	2-3/día
Pollo				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne de vacuno				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pescado				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche de vaca				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yema de huevo				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huevo entero				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro1.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro2.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha experimentado algún problema con algún alimento? En caso de que sí. Descríbelo.									

## CUESTIONARIO INFECCIONES/ALERGIAS

### 1.- ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a en los primeros 6 meses?

- Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso,  
o tenga otra infección (nº episodios=0).....1
- Ocasionalmente o a veces tiene pitos (nº episodios=1-3).....2
- Tiene pitos la mayor parte del tiempo o siempre, (nº episodios=4 o más).....3

SI 1  
PASAR A  
PREG 3

*Nota para leer al entrevistado:*

Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada. Por "otra infección" queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre.

### 2 - ¿Cómo describiría los episodios de pitos que tiene su hijo/a?

- Tiene pitos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección.....1
- Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos .....2
- Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos .....3

### 3 - ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo en los primeros 6 meses?

- Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección.  
(por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho).....1
- Ocasionalmente o a veces tiene el pecho cargado.....2
- Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo esta .....3

### 3a – En los primeros 6 meses, ¿Ha tenido su hijo/a una tos que haya durado más de 3 semanas?

- Ninguna.....1
- 1 o 2 episodios de tos > 3 semanas.....2
- Entre 3 y 4 episodios de tos > 3 semanas.....3
- Entre 5 y 6 episodios de tos > 3 semanas.....4
- Tiene tos la mayor parte del tiempo.....5
- NS/NC.....9

**3b – Durante este tiempo, su hijo ha sido visto por un pediatra o médico por una tos que haya durado más de 3 semanas y que no se debiera a resfriado o gripe?**

SI.....1  
 NO.....2  
 NS/NC.....9

**3c - ¿En cuántas ocasiones?**

.....

**4 - ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mucosa en los primeros 6 meses?**

Ninguna.....1  
 1 o 2 .....2  
 Entre 3 y 5.....3  
 Más o menos siempre lo está.....4  
 NS/NC.....9

**5 - ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo en los primeros 6 meses?**

Ninguna.....1 (pasar a pregunta 6)  
 1 o 2 .....2  
 Entre 3 y 4.....3  
 Entre 5 y 6 .....4  
 NS/NC.....9

**5a -¿Qué edad tenía cuándo su hijo cuando tuvo su primer episodio de otitis?**

(meses).....

**6 - ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede señalar más de uno)**

Varicela.....1  
 Eczema atópico.....2  
 Eczema seborreico.....3  
 Herpes Simplex.....4  
 Impétigo.....5  
 Ninguno.....6



**7 - ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo tenía una infección en el pecho?**

SI.....1 Cuál: \_\_\_\_\_  
 NO.....2  
 NS/NC.....9

**7 a- A su hijo/a le ha sido diagnosticado/a alguno de estos problemas respiratorios? Indique su fecha de aparición?**

	Fecha de aparición	Medicación recibida
Bronquiolitis.....1	___ / ___ / _____	_____
Neumonía.....2	___ / ___ / _____	_____
Bronquitis.....3	___ / ___ / _____	_____

**8 – Señale si en los primeros 6 meses ha requerido asistencia médica para su hijo, fuera del control pediátrico habitual. Puede marcar más de una opción.**

No.....1  
 Visita ambulatoria a un centro de atención primaria.....2  
 Visita ambulatoria a un centro de atención privado (mutuas).....3  
 Visita a urgencias en un centro hospitalario.....4  
 Ingresos .....5

**8.1. Si 2, motivos:** .....

.....

**8.2. Si 3, motivos:** .....

.....

**8.3. Si 4, motivos:** .....

.....

**8.4. Si 5, motivos:** .....

.....

**9 - ¿ En los primeros 6 meses ¿Su hijo ha tomado alguna vez antibióticos?**

SI.....1  
 NO.....2  
 NS/NC.....9

**10 - ¿Por qué? (puede señalar más de una opción)**

**10a -Nº de veces**

- |                 |   |       |
|-----------------|---|-------|
| 1. Pecho.....   | 1 | _____ |
| 2. Oído.....    | 2 | _____ |
| 3. Piel.....    | 3 | _____ |
| 4. Otras: ..... |   | _____ |

**11 - ¿En los primeros seis meses de vida su hijo/a ha padecido algún cuadro de diarrea y vómitos?**

- |            |   |                          |
|------------|---|--------------------------|
| SI.....    | 1 |                          |
| NO.....    | 2 | (pasar a la pregunta 12) |
| NS/NC..... | 9 |                          |

**11 a ¿En cuántas ocasiones**

-----

**12 - ¿Su hijo/a ha presentado algún tipo de reacción con algún alimento durante estos seis meses?**

- |         |   |                          |
|---------|---|--------------------------|
| Sí..... | 1 |                          |
| No..... | 2 | (pasar a la pregunta 14) |

**12 a – Si ha tenido alguna reacción, complete la siguiente tabla:**

Indicar tipo de alimento	Indicar sitio de reacción <sup>A</sup>	Tipo de reacción <sup>B</sup>
1.		
2.		
3.		
4.		

A. Por sitio de reacción se entiende los organos o sistemas donde se manifiesta la alergia alimentaria (eg, cutanea, intestinal, conjuntival, respiratoria).

B. Por tipo de reacción, se entiende el tiempo que transcurre entre la incorporación del alimento y la aparición de los sintomas. Asi se describen reacciones: 1) inmediatas cuando aparecen los sintomas dentro de los 90 minutos, 2) mediatas en las cuales la clinica dentro de las primeras 48 hs 3) tardias, cuando los sintomas aparecen mas alla de los dos días de ingerir el alimento.

**12 b- ¿Ha eliminado el alimento/s de su alimentación?**

- |         |   |
|---------|---|
| Si..... | 1 |
| No..... | 2 |

12 c –Si 1, indicar el/los alimentos eliminados?

.....

13 – Alguno de esos episodios fue caracterizado como una alergia alimentaria, por diagnóstico de un médico?

Si.....1 Especificar prueba diagnóstica: \_\_\_\_\_  
No.....2

14 – Algún médico le ha diagnosticado eczema atópico durante estos 6 meses?

Si  14 a Persiste hasta hoy este problema? Si No  
No

14 b- Que fármacos le fueron prescritos para tratar ese problema. Enumerarlos

.....  
.....  
.....

15 – En el día de la fecha, enumere si su hijo/a tiene alguna de estas condiciones en la piel

a. Manchas rojas en la piel que pican Si  No   
b. Piel seca en general Si  No   
c. Estas manchas se localizan en:  
c1. zonas de flexión Si  No   
(pliegue del codo, detrás de las rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo)

c2. superficie externa (brazos y piernas) Si  No   
c3. mejillas Si  No

## CUESTIONARIO SOBRE USO DE MEDICAMENTOS

1. ¿Desde que nació su hijo, ha tomado usted algún medicamento para alguno de los siguientes problemas de salud que a continuación le leeré?

a. Si  (completar en la tabla 1)

b. No

1. Problemas en el parto (especificar)
2. Dolor de la episiotomía
3. Dolor de cabeza
4. Otros dolores
5. Catarro o resfriado
6. Otras infecciones (especificar)
7. Problemas para dormir
8. Ansiedad
9. Depresión
10. Estreñimiento

11. Hemorroides
12. Varices
13. Problemas de anemia
14. Problemas de ojos (especificar)
15. Problemas de piel (especificar)
16. Problemas hormonales (especificar)
17. Suplementos vitamínicos o minerales (especificar)
18. Cremas, productos de herboristería, homeopatía (especificar)
19. Otros (especificar)

2. ¿Ha recibido algún tipo de consejo en relación con el consumo de fármacos durante la lactancia?

a. Si  De quién?:

b. No

1. médico
2. farmacéutico

3. enfermera
4. otros (no especificar)

3. ¿Desde que nació su hijo, le ha administrado algún medicamento?  
(incluir los medicamentos de la sección de infecciones y completar)

a. Si  (completar en la tabla 2)

b. No

← - - - Con formato: Sangría:  
Izquierda: 0 cm, Numerado  
+ Nivel: 1 + Estilo de  
numeración: 1, 2, 3, ... +  
Iniciar en: 1 + Alineación:  
Izquierda + Alineación: 5 cm  
+ Tabulación después de:  
5,64 cm + Sangría: 5,64 cm,  
Tabulaciones: No en 5,64 cm

<b>Tabla 1</b>  Motivo	<b>Nombre del medicamento</b> ¿Y que medicamento ha tomado para "XXXX"? ¿De cuantos miligramos o g?	<b>Forma farmacéutica</b> ¿El "medicamento", lo tomó en pastillas, supositorios, inyectable...?	<b>Fecha inicio</b> ¿En que fecha tomó "medicamento" o desde que fecha a que fecha lo tomó?	<b>Fecha fin</b>	<b>Frecuencia</b> ¿Y cada cuando lo tomó; cada día, una vez por semana, una vez por mes...?	<b>Posología</b> ¿Y cuando lo tomó, cuanto/s tomó al día?	<b>¿Quién lo prescribió?</b> ¿Y quién se lo prescribió?
			__/__/__	__/__/__			
			__/__/__	__/__/__			
			__/__/__	__/__/__			
			__/__/__	__/__/__			

<b>Tabla 2</b>  Motivo ¿Para qué le administró el medicamento?	<b>Nombre del medicamento</b> ¿Y que medicamento le administró? ¿De cuantos miligramos o g era?	<b>Forma farmacéutica</b> ¿El "medicamento", se lo dio en pastillas, supositorios, inyectable...?	<b>Fecha inicio</b> ¿En que fecha le dio "medicamento" o desde que fecha a que fecha se lo dio?	<b>Fecha fin</b>	<b>Frecuencia</b> ¿Y cada cuando se lo dio; cada día, una vez por semana, una vez por mes...?	<b>Posología</b> ¿Y cuando se lo dio, cuanto/s le dio al día?	<b>¿Quién lo prescribió?</b> ¿Y quién se lo prescribió?
			__/__/__	__/__/__			
			__/__/__	__/__/__			
			__/__/__	__/__/__			
			__/__/__	__/__/__			

1. cápsulas, grageas, comprimidos  
2. supositorios  
3. tópica piel (pomadas, parches)  
4. inhalatoria

5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes)  
6. inyectables, intramuscular  
7. endovenosa

11 => doctor/a,  
12 => farmacéutico/a,  
13 => enfermero/a,  
14 => automedicación,  
15 => otros (no especificar)