

Anexo 4

CUESTIONARIO GENERAL 4 AÑOS

IDNUM: _____

Fecha de nacimiento: __/__/__ Fecha de la exploración: __/__/__

Ni01	Alimentación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Al pecho Parcialmente al pecho Artificialmente
Ni02	Si el niño se alimentó al pecho de forma exclusiva, ¿cuánto tiempo?		
Ni03	Si el niño tomó lactancia mixta, ¿Desde cuándo? ¿Qué fórmula tomó?		
Ni04	Edad de lactancia artificial exclusiva Fórmula		
Ni05	Si le dio al niño otros fluidos diferentes a los que se han mencionado, ¿cuáles son?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Té Jugo de frutas Agua Otros
Ni06	Edad de introducción de la alimentación complementaria:		
	Fruta		
	Verduras		
	Pollo		
	Ternera		
	Buey		
	Cordero		
	Cerdo		
	Leche de vaca		
	Otros lácteos		
Huevo			
Pescado			
Gluten			
Legumbres			

Anexo 4

Ni07	Visita al pediatra por enfermedad del bebé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguno ▪ Fiebre ▪ Infección de las vías aéreas superiores ▪ Diarrea ▪ Otras enf. gastrointestinales ▪ Dermatitis atópica ▪ Fiebre del heno ▪ Asma bronquial ▪ Otros (especificar)_____
Ni08	Duración de las infecciones y/o alergias		
Ni09	Alteraciones detectadas por el pediatra desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguno ▪ Asfixia ▪ Hiperbilirrubinemia (con tratamiento) ▪ Poliglobulia ▪ Alteraciones metabólicas ▪ Alteraciones endocrinas ▪ Patología del desarrollo ▪ Enfermedades de los ojos ▪ Enfermedades de los oídos ▪ Alteraciones severas de la alimentación ▪ Enfermedades gastrointestinales ▪ Otras (especificar)_____

Ni10	Edad de inicio de la escolarización (guardería)	
Nombre y firma del pediatra		