

## CUESTIONARIO SEGUNDO AÑO

a) Nº HISTORIA CLINICA NIÑO@: \_\_\_\_\_

b) IDNUM NIÑO:

c) FECHA CUESTIONARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ d) HORA INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FIN: \_\_\_\_\_

e) ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ f) ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

Estimada Sra., hace aproximadamente un año y medio en la visita en Sant Fèlix, cuando su hijo/a tenía alrededor de un año, nos contestó a un cuestionario con preguntas sobre algunos acontecimientos relacionados con la salud, la dieta y la presencia de infecciones o alergias de su hijo/a. A continuación le vamos a realizar unas preguntas similares en relación a lo ocurrido desde los últimos 12 meses.

### PROBLEMAS DE SALUD

#### 1.- ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a en los últimos 12 meses?

Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (nº episodios=0) .....1 (pasar a preg 3)

Ocasionalmente o a veces tiene pitos (nº episodios=1-6) .....2

Tiene pitos la mayor parte del tiempo o siempre, (nº episodios=7 o más) .....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.

#### 1.a. -¿Qué edad tenía el niño a la aparición de los pitos?

Años..... meses.....

#### 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 últimos 12 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 está.....3

#### 3.a. – En los últimos 12 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 5 episodios de tos > 3 semanas.....3

Entre 6 y 9 episodios de tos > 3 semanas.....4

Tiene tos la mayor parte del tiempo.....5

NS/NC.....9

**3.b. – 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

**3.c. - ¿En cuantas ocasiones? .....**

**4. - ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mucosa en los últimos 12 meses?**

Ninguna.....1  
 1 o 2 .....2  
 Entre 3 y 5.....3  
 Entre 6 y 12 .....4  
 Más o menos siempre lo está.....5  
 NS/NC.....9

**5. - ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo en los últimos 12 meses?**

Ninguna.....1 (pasar a preg 7)  
 1 o 2 .....2  
 Entre 3 y 5 .....3  
 Entre 6 y 12 .....4  
 NS/NC.....9

**6. - Si ha tenido su primera infección de oído en los últimos 12 meses ¿Qué edad tenía, entonces?**

(meses).....

**6a. Qué tratamiento ha recibido en los últimos 12 meses para tratar las infecciones de oído?**

.....

**7. - ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede indicar más de uno)**

Varicela.....1  
 Eccema atópico.....2 (pasar a 7b)  
 Eccema seborreico.....3  
 Herpes Simplex.....4  
 Impétigo.....5  
 Ninguno.....6

**7.b.- En caso de que haya padecido Eccema atópico, ¿Qué fármacos le fueron prescritos para tratar el Eccema atópico ese problema. Enumerarlos**

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

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

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

**8.a. - Por favor, especifique si a su hijo/a le ha sido diagnosticado/a alguno de estos problemas respiratorios en los 12 últimos meses? Indique su fecha de aparición y la medicación recibida** *Nos interesa la fecha de inicio de cada episodio, no las fechas de seguimiento de un episodio.*

|                | ¿Tiene?     | Tipo de asistencia |   |   |   | Fecha de inicio | Lugar de asistencia (p.ej: H. ParcTaulí) | Medicación recibida |
|----------------|-------------|--------------------|---|---|---|-----------------|--|---------------------|
| a. Bronquiolit | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
|                | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
|                | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
| b. Neumonía    | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
|                | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
|                | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
| c. Bronquitis  | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
|                | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |
|                | 1. Sí 2. No | 1                  | 2 | 3 | 4 | __/__/__        |  |                     |

1. Visita ambulatoria a un centro de atención primaria (CAP)
2. Visita ambulatoria a un centro de atención privado (o mutuas)
3. Visita a urgencias en un centro hospitalario
4. Ingreso en Hospital

**9. - Indique si desde los últimos 12 meses, ¿ha requerido asistencia médica para su hijo/a, fuera del control pediátrico habitual.?**

1. Sí
2. No (pasar a pregunta 10)

**9.a. -¿Dónde? (Hospital Parc Taulí, CAP Sant Fèlix...) ¿para qué problema?**

*Rellenar cada casilla especificando qué centro de Salud, qué Hospital...*

*Especificar en Otitis que sean "Otitis Medias": se tratan con jarabe mucolítico o antibiótico-->preguntar el tratamiento para comprobarlo (pregunta 6a)*

|                        | 1.CAP<br>(Visita ambulatoria) | 2.PRIVADO<br>(Visita ambulatoria) | 3.URGENCIAS<br>(centro hospitalario) | 4.INGRESOS<br>(centro hospitalario) |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Gastroenteritis</b> | Nº veces  _ _                 | Nº veces  _ _                     | Nº veces  _ _                        | Nº veces  _ _                       |
|                        | Centros:<br>1.....<br>2.....  | Centros:<br>1.....<br>2.....      | Centros:<br>1..... 2.....            |                                     |
| <b>Faringitis</b>      | Nº veces  _ _                 | Nº veces  _ _                     | Nº veces  _ _                        | Nº veces  _ _                       |
|                        | Centros:<br>1.....<br>2.....  | Centros:<br>1.....<br>2.....      | Centros:<br>1..... 2.....            |                                     |
| <b>Amigdalitis</b>     | Nº veces  _ _ <br>Centros:    | Nº veces  _ _ <br>Centros:        | Nº veces  _ _                        | Nº veces  _ _                       |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
|   | 1.....<br>2.....                               | 1.....<br>2.....                               | Centros:<br>1..... 2.....                   |  |
|   | <b>1.CAP</b><br>(Visita ambulatoria)           | <b>2.PRIVADO</b><br>(Visita ambulatoria)       | <b>3.URGENCIAS</b><br>(centro hospitalario) | <b>4.INGRESOS</b><br>(centro hospitalario) |
| <b>Otitis Media</b>                         | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1..... 2..... | Nº veces  _ _                              |
|   |  |  | Centros:<br>1..... 2.....                   |  |
| <b>Resfriado Común</b>                      | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1..... 2..... | Nº veces  _ _                              |
|   |  |  | Centros:<br>1..... 2.....                   |  |
| <b>Infección tracto urinario</b>            | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1..... 2..... | Nº veces  _ _                              |
|   |  |  | Centros:<br>1..... 2.....                   |  |
| <b>Otros</b><br><i>Especificar</i><br>..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1.....<br>2..... | Nº veces  _ _ <br>Centros:<br>1..... 2..... | Nº veces  _ _                              |
|   |  |  | Centros:<br>1..... 2.....                   |  |

10. - En los últimos 12 meses ¿Su hijo ha tomado alguna vez antibióticos?

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

11. - ¿Por qué? (puede señalar más de una opción)

11.a. - Nº de veces

1. Pecho.....1 \_\_\_\_\_  
 2. Oído.....2 \_\_\_\_\_  
 3. Piel.....3 \_\_\_\_\_  
 4. Otras: .....4 \_\_\_\_\_

12. - En los últimos 12 meses ¿Su hijo/a ha padecido algún cuadro de diarrea y vómitos?

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

12.a. - ¿En cuántas ocasiones

.....

**13. – Durante este tiempo, ¿Su hijo/a ha presentado algún tipo de reacción con algún alimento?**

Sí.....1  
 No.....2 (pasar a la pregunta 15)

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

| TIPO ALIMENTO | SITIO REACCION |             |             |              | TIPO DE REACCION |         |        |
|---------------|----------------|-------------|-------------|--------------|------------------|---------|--------|
|               | CUTANEA        | INTESTINAL  | CONJUNTIVAL | RESPIRATORIA | INMEDIATA        | MEDIATA | TARDIA |
| 1.            | 1. SI 2. NO    | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO  | 1                | 2       | 3      |
| 2.            | 1. SI 2. NO    | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO  | 1                | 2       | 3      |
| 3.            | 1. SI 2. NO    | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO  | 1                | 2       | 3      |
| 4.            | 1. SI 2. NO    | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO  | 1                | 2       | 3      |

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

B. Por tipo de reacción, se entiende el tiempo que transcurre entre la incorporación del alimento y la aparición de los síntomas. Así se describen reacciones: 1) inmediatas cuando aparecen los síntomas dentro de los 90 minutos, 2) mediatas en las cuales la clínica dentro de las primeras 48 h 3) tardías, cuando los síntomas aparecen mas allá de los dos días de ingerir el alimento.

**13.b. - ¿Al menos ha eliminado uno de esos alimentos de su dieta?**

1. Si  
 2. No (pasar pregunta 15)

**13.c – Indicar los alimentos eliminados**

1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4.....

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

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

**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 | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b. Piel seca en general  | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c. Estas manchas se localizan en:  |    |                          |    |                          |
| c1. zonas de flexión<br>(pliegue del codo, detrás de las rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo) | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c2. superficie externa (brazos y piernas)  | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c3. mejillas   | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

DIETA

A continuación le vamos a realizar algunas preguntas sobre alimentación y actividades que realiza su hijo/a. Salvo indicación en otro sentido, las preguntas de esta sección se referirán a los últimos 6 meses.

**16. - Teniendo en cuenta solo los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces su hijo/a toma una porción de cada uno de los siguientes alimentos?** Por favor, describir si la porción habitual que se COME (no la cantidad de la porción ofrecido) es mayor o menor de las porciones especificados (ej media plátano vs 1 entero, o porción mayor o menor de carne).

Si sigue tomando el pecho, número de veces al día: \_\_\_\_\_

Si ha dejado de tomar el pecho desde la última visita, edad (meses): \_\_\_\_\_

|     | Alimento   | Tipo  | Porción habitual (elegir sí= 2)                        | Otra porción habitual (ej mayr, menr) | Nunca | 1-3 por mes | 1 por semana | 2-4 por semana | 5-6 por semana | A diario (#veces/día) |
|-----|--|---|--|---------------------------------------|-------|-------------|--------------|----------------|----------------|-----------------------|
| 1   | Fórmulas de leche  | Marca: _____                                | 125ml (peq) ___<br>260ml (med) ___<br>330ml (grde) ___ |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 2   | Cereales bebe añad biberón?  | Marca/tipo: _____                           | Si _____<br>No _____                                   |                                       | --    | --          | --           | --             | --             | --                    |
| 3   | Cereales papilla   | Marca/tipo: _____                           | # cucharadas de sopa de papilla: _____                 |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 4   | Leche normal:  | Entera                                      | (i) Taza 180ml ___<br>(ii) Taza 300ml ___              |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
|     |  | Semidesnatd                                 | (i) Taza 180ml ___<br>(ii) Taza 300ml ___              |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
|     |  | Marca de leche (incl si enriquecido): _____ |  | ①                                     | ①     | ②           | ③            | ④              |                |                       |
| 5   | de soja o arroz  | Marca _____                                 | (i) Taza 180ml ___<br>(ii) Taza 300ml ___              |                                       |       |             |              |                |                |                       |
| 6   | Potitos de carne, pescado, verdura y/o fruta (incluir potitos solo aquí) | Tipos mas frecuentes: _____                 | Cantd consumido (ej med de 250g) _____                 |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              | ___                   |
|     |  | _____                                       | _____  |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              | ___                   |
|     |  | _____                                       | _____  |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              | ___                   |
|     |  | _____                                       | _____  |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              | ___                   |
|     |  | _____                                       | _____  |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              | ___                   |
| 7   | Yogur  | Sólido                                      | 1 und peq (125g)                                       |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
|     |  | Líquido                                     | 1 und peq (75g)  |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 8   | Queso:   | Petit suisse                                | 1 und niño (55g)                                       |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
|     |  | Fresco                                      | 1 loncha o cubo de~2.5cm (25g)                         |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
|     |  | Curado                                      | 1 loncha o cubo de~2.5cm (25g)                         |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 9   | Postre lácteo (flan, natillas)   | --  | 1 und peq (100g)                                       |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 10  | Huevo  |   | 1 und  |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 11  | Carne (vaca, cerdo, cordero incl hamburg o albondigas)                   | --  | 1 ración peq de 50g (~cubo de 3cm, 2 albondg)          |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 12  | Pollo/pavo   | --  | 1 ración peq de 50g                                    |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 13  | Pescado blanco   |   | 1 ración peq de 50g                                    |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 14  | Pescado azul   |   | 1 ración peq de 50g                                    |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 15  | Pescado enlatado (atún)  | Lata normal                                 | 1 lata peq de 52g___                                   |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
| 15b | Marisco  |   | 1 ración peq de 50g                                    |                                       | ①     | ①           | ②            | ③              | ④              |                       |
|     | Alimento   | Tipo  | Porción habitual (elegir sí= 2)                        | Otra porc. habitual (ej mayr, menr)   | Nunca | 1-3 por mes | 1 por semana | 2-4 por semana | 5-6 por semana | A diario (#veces/día) |

|    |   |                               |  |  |   |   |   |   |   |  |
|----|---|-------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|
| 16 | Jamón dulce   |                               | 2 lonchas (40 g)   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 17 | Embutidos (serrano, fuet..)   |                               | 2 lonchas (30 g)   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 18 | Naranja, mandarina  |                               | 1 pieza tamaño media   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 19 | Plátano   |                               | 1 pieza media  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 20 | Manzana, pera   |                               | 1 pieza media  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 21 | Otras frutas (ej melocotón, uva, melon, fresa)                                    | Tipos mas frecuentes: _____   | 1 pieza o tajada tamaño medio                                      |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 22 | Judías verdes   |                               | 1 ración de 50g (~6 cuch de sopa nivel; 3.5oz)                     |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 23 | Espinacas, acelgas  |                               | 1 ración de 50g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 24 | Tomate  |                               | 3 tajadas (50g)  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 25 | Zanahoria   |                               | 1 ración de 50g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 26 | Calabacín   |                               | 1 ración de 50g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 27 | Col, coliflor, puerros  |                               | 1 ración de 50g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 28 | Otras verduras u hortalizas (ej lechuga, maíz, guisantes, cebolla, pmnto, berenj) | Tipos mas frecuentes: _____   | 1 ración de 50g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
|    |   | _____                         | 1 ración de 50g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
|    |   | _____                         | 1 ración de 50g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 29 | Puré, sopa o caldo  |                               | media taza o bol de 120g (4oz)                                     |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 30 | Legumbres: lentjs, grbnzs.  |                               | 1 ración de 50g (4 cuch de sopa)                                   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 31 | Pan   | Habitualmente integral? Si No | 1 rebanada (26g)   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 32 | Pasta, arroz  |                               | 1 ración de 100g pasta (10 cuch sopa) o 80g arroz (6 cuch de sopa) |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 33 | Cereales de desayuno  | Habitualmente integral? Si No | 1 ración peq de 20g  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 34 | Patatas (excp. fritas)  |                               | 1 ración de 80g (6 cuch de sopa)                                   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 35 | Patatas fritas  |                               | 1 ración de 85 g   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 36 | Bollería  |                               | 1 magdalena, croissant   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 37 | Galletas  | Habitualmente integral? Si No | 6 galletas maria (45g)   |  |   |   |   |   |   |  |
| 38 | Patatas chips, palomitas, etc   |                               | 1 bolsita peq de chips   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 39 | Zumos (ej de naranja):  | Naturales (100% zumo)         | 1 bric o vaso peq de 250ml   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
|    |   | Envasados, sabor zumo         | 1 bric o vaso de 250ml   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 40 | Refrescos   |                               | Media lata, 115ml  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 41 | Cola-cao o parecidos  |                               | (i) Taza 180ml____<br>(ii) Taza 300ml____                          |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 42 | Otro alimento frecuente (ej croquetas, frankfurt, pizza, plato preparado)         | Especificar: _____            | Porción: _____   |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
|    |   | _____                         | _____  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
|    |   | _____                         | _____  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |

16.a. – Utiliza sal yodada?

1 Sí      Indicar marca: \_\_\_\_\_  
2 No

**16.b. – Come tu hijo en la guardería/colegio?**

- 1 Sí Indicar cuantos días/semana: \_\_\_\_\_  
2 No

**17. - Frecuencia de comer en restaurantes tipo fast food:\*\* \_\_\_\_\_ veces al \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_ mes**

**\* Incluso McDonalds, Pizza, frankfurt, otros restaurantes donde se como "hot dog" o hamburguesa etc, para una comida o un snack.**

**18. - Suele comer tu hijo mirando la televisión? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**19. - ¿Cuál es el origen principal del agua que bebe actualmente su hijo/a ? (indicar un sólo origen, el que usted considere más frecuente en casa i en el colegio)**

**19.1 En casa:**

- 1 Agua municipal (del grifo)  
2 Pozo privado  
3 Agua embotellada. Marca: \_\_\_\_\_  
4 Otro origen (especificar) \_\_\_\_\_  
9 No sabe

**19.2 En el colegio**

- 1 Agua municipal (del grifo)  
2 Pozo privado  
3 Agua embotellada. Marca: \_\_\_\_\_  
4 Otro origen (especificar) \_\_\_\_\_  
9 No sabe

**19.1.a. - Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?**

- 1 Sí Indicar tipo: \_\_\_\_\_  
2 No

**19.1.a. - Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?**

- 1 Sí Indicar tipo: \_\_\_\_\_  
2 No  
3 No sabe

**CAMBIO DOMICILIO Y GUARDERIA**

**CD1. ¿Ha cambiado de domicilio desde la última entrevista?**



1. Si (cuestionario cambio domicilio y actualización datos) → CD1.a Fecha Cambio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 2. No (pasar a pregunta 20)

|   |                          |               |
|---|--------------------------|---------------|
| <b>CASA ACTUAL</b>  |                          |               |
| <b>1. Dirección actual:</b>                                   |                          |               |
| <b>Calle</b>  | <b>N</b>                 | <b>Puerta</b> |
| <b>Municipio/ Urbanización /Barrio</b>                        | <b>CP</b>                |               |
| <b>Teléfono casa:</b>   | <b>Teléfono trabajo:</b> |               |
| <b>Teléfono móvil:</b>  |                          |               |
| <b>Nº Teléfono de posibles contactos (amigos, familiares)</b> |                          |               |
| <b>Parentesco:</b>  | <b>Teléfono:</b>         | <b>Móvil:</b> |

**CD2. Edad de su casa en años:**

1. <5
2. de 5 a 14
3. de 15 a 29
4. >30
9. Ns/Nc

**CD3. ¿Cómo describiría su vivienda?**

- 1 Una vivienda unifamiliar separada de otras casas
- 2 Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
- 3 Un piso (finca) --> Pasar a pregunta **CD5**
- 4 Otros (por favor, especifique)..... --> Pasar a pregunta **CD5**

**CD4. Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa?**

1. Sí
2. No
9. No procede

**CD5. ¿En qué piso-altura se haya su vivienda? (marque 0 si es planta baja) |\_\_|**

**CD6. Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s): |\_\_|**

**CD7. Nº de metros cuadrados de la casa ( sin contar jardín ni terraza): |\_\_|\_\_|\_\_| 9999 Ns/Nc**

**CD8. En su casa, las siguientes habitaciones tienen ventanas que den a:**

|                         |            |            |               |
|-------------------------|------------|------------|---------------|
| a. Salón-comedor        | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| b. Dormitorio madre     | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| c. Cocina               | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| e. Otras: (especificar) | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| .....                   |            |            |               |

**20. ¿Acude su hijo/a a la guardería?**

- 1 No (pasar a la pregunta 23)
- 2 Sí, Media jornada (pasar a la pregunta 20.a)
- 3 Sí, todo el día (pasar a la pregunta 20.a)

- 20a ¿Es la misma que en el anterior cuestionario?** 1. Si (pasar a 21)  
 2. No (pasar a 20.a.1)  
 3. No acudía a ninguna (pasar a 20.a.1)

**20.a.1 Nombre de la guardería:**.....  
**Dirección:** calle.....nº.....piso.....puerta.....  
**Municipio (urbanización):**..... **CP:**.....

**20.a.2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez? |\_\_|\_\_| meses**

20.b.1 Nombre de la guardería:.....  
Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....  
Municipio (urbanización)..... CP:.....

20.b.2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez? |\_|\_| meses

21. ¿Cómo acude habitualmente? *La opción más frecuente*

1. caminando
2. en coche o taxi
3. autobús
4. en tren o metro o tranvía
5. en bicicleta
6. motocicleta o ciclomotor

22. ¿Cuánto tiempo tarda?.....(minutos)

23. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden más de 3 horas al día?

- 1 No (pasar a la pregunta 26)
- 2 Sí, Media jornada (pasar a la pregunta 23.a)
- 3 Sí, todo el día (pasar a la pregunta 23.a)

23.a. - ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez? |\_|\_| meses

24. - ¿Cómo acude habitualmente? *La opción más frecuente*

1. caminando
2. en coche o taxi
3. autobús
4. en tren o metro o tranvía
5. en bicicleta
6. motocicleta o ciclomotor

25. - ¿Cuánto tiempo tarda?.....(minutos)

#### ACTIVIDAD

26. - ¿Cuántas horas al día suele dormir su hijo/a, incluida la siesta? \_\_\_\_\_ horas/día

27. - ¿Cuánto tiempo ve la televisión o videos su hijo (pensar en todo el día, desde la hora de despertar hasta la hora de acostar),

27.a - Durante la semana? \_\_\_\_\_ min/día \_\_\_\_\_ horas/día

27.b - Los fines de semana? \_\_\_\_\_ min/día \_\_\_\_\_ horas/día

28. - Sin contar el tiempo en la guardería o escuela, ¿Cuántas horas al día juega al aire libre su hijo,

28.a. - Durante la semana, desde la hora de despertar hasta la hora de comer?

\_\_\_\_\_ min/día \_\_\_\_\_ horas/día

28.b. - Durante la semana, desde la hora de comer hasta la hora de acostarse?

\_\_\_\_\_ min/día \_\_\_\_\_ horas/día

28.c. - Los fines de semana? \_\_\_\_\_ horas/día

#### DORMITORIO DEL NIÑO

Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en .....? *(Solo se marcan las diferencias respecto al cuestionario ambiental un año)*

| Modificación en:                     | No                  | Sí | Si Sí, especificar situación actual  |
|--------------------------------------|---------------------|----|--|
| 29. Habitación en que duerme el niño | 2 →<br>Pasar a p.30 | 1  | <b>29.a El niño duerme</b><br>1. Solo/a (pasar a 27.b)<br>2. Con otras personas (pasar a 27.c)<br><br><b>29.b Edad en meses cuando cambió:.....</b><br><br><b>29.c Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño /a (sin contarlo a él /ella)  __ </b><br><br><b>29.c.1. Nº de personas por grupo de edad</b><br>1. Niños menores de 12 años  __ <br>2. Entre 12-64 años  __ <br>3. Mayor de 65 años  __ |

30. ¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño? |\_\_| años

**COCINA-CALEFACCIÓN-CALENTADOR DEL AGUA**

Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en ..? *(Solo se marcan las diferencias respecto al cuestionario ambiental un año)*

| Modificación en:        | No                  | Sí | Si Sí, especificar situación actual   |
|-------------------------|---------------------|----|---|
| 31. Tipo de cocina      | 2 →<br>Pasar a p.32 | 1  | <b>31.a Tipo de cocina actual (respuesta única):</b><br>1. Gas natural<br>2. Gas butano<br>3. Gas propano<br>4. Eléctrica<br>5. Carbón, madera<br>6. Otro.....  |
| 32. Tipo de calefacción | 2 →<br>Pasar a p.33 | 1  | <b>32.a Tipo de calefacción actual (sólo si está dentro de la casa)</b><br>1. Gas natural<br>2. Gas butano<br>3. Gas propano<br>4. Gasoil<br>5. Eléctrica<br>6. Chimenea abierta al exterior<br>7. Estufa de carbón o madera<br>8. Otros.....               |
| 33. Calentador del agua | 2 →<br>Pasar a p.34 | 1  | <b>33.a Tipo de calentador de agua actual (sólo si está dentro de la casa)</b><br>1. Gas Natural<br>2. Gas butano<br>3. Gas propano<br>4. Caldera de aceite/fuel o gasoil<br>5. Eléctrica<br>6. Parafina o queroseno<br>7. Carbón o madera<br>8. Otros..... |

**CASA**

En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido...?

| En cuanto a:                   | Sí | No                  | Si Sí, especificar lugar   |
|--------------------------------|----|---------------------|--|
| <b>34 . Manchas de humedad</b> | 1  | 2 →<br>pasar a p.35 | <b>34.a ¿Donde?</b><br>a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No<br>b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No<br>c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No |
| <b>35. Moho</b>                | 1  | 2 →<br>pasar a p.36 | <b>35.a ¿Donde?</b><br>a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No<br>b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No<br>c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No |
| <b>36.Moqueta</b>              | 1  | 2 →<br>pasar a p.37 | <b>36.a ¿Donde?</b><br>a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No<br>b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No<br>c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No |
| <b>37. Alfombras</b>           | 1  | 2 →<br>pasar a p.38 | <b>37.a ¿Donde?</b><br>a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No<br>b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No<br>c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No |

**38. -  
¿Ha  
realizad**

**o obras o ha pintado en su domicilio desde los últimos 12 meses?**

- 1 Sí, obras
- 2 Sí, pintado
- 3 Sí, ambas cosas
- 4 No (Pasará a pregunta 39)

**38.a. - Si Sí Nº de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)):**

□□□

**ANIMALES DOMÉSTICOS**

**39. - ¿Ha habido alguna modificación en cuanto a los animales domésticos desde los últimos 12 meses?**

- 1 Si (cumplimentar la tabla)
- 2 No (pasar a 40)

|                  | modif.? |    | 39.a ¿Tiene? |    | 39.b Desde cuando | 39.c Hasta cuando | 39.d Número | 39.e ¿Viven en casa? |    | 39.f ¿Duermen en hab. Niño? |    |
|------------------|---------|----|--------------|----|-------------------|-------------------|-------------|----------------------|----|-----------------------------|----|
|                  | Si      | No | Si           | No |                   |                   |             | Si                   | No | Si                          | No |
| <b>Perro/s</b>   | 1       | 2  | 1            | 2  |                   |                   |             | 1                    | 2  | 1                           | 2  |
| <b>Gato/s</b>    | 1       | 2  | 1            | 2  |                   |                   |             | 1                    | 2  | 1                           | 2  |
| <b>Pájaro/s</b>  | 1       | 2  | 1            | 2  |                   |                   |             | 1                    | 2  | 1                           | 2  |
| <b>Hámster/s</b> | 1       | 2  | 1            | 2  |                   |                   |             | 1                    | 2  | 1                           | 2  |
|                  | 1       | 2  | 1            | 2  |                   |                   |             | 1                    | 2  | 1                           | 2  |
|                  | 1       | 2  | 1            | 2  |                   |                   |             | 1                    | 2  | 1                           | 2  |

**TABACO**

**40. - ¿Fuma alguien de los que conviven con el niño/a?**

1. Si (pasar pregunta 41)
2. NO

**40.a. - ¿Qué cantidad fuma/n (al día)?** (referido al promedio de los últimos 12 meses) En casa se refiere dentro de

Casa (la terraza, un patio interior, un jardín, etc, se considera fuera de la casa)

|                | Si | No | 40.a Total cig./día | 40.b Cig./día en casa | 40.c Fuma en casa en presencia del niño/a                         |
|----------------|----|----|---------------------|-----------------------|---|
| <b>Madre</b>   | 1  | 2  | _ _ _               | _ _ _                 | 1 si, a menudo<br>2 si, ocasionalmente<br>3 casi nunca<br>4 nunca |
| <b>Padre</b>   | 1  | 2  | _ _ _               | _ _ _                 | 1 si, a menudo<br>2 si, ocasionalmente<br>3 casi nunca<br>4 nunca |
| <b>Otro 1:</b> | 1  | 2  | _ _ _               | _ _ _                 | 1 si, a menudo<br>2 si, ocasionalmente<br>3 casi nunca<br>4 nunca |
| <b>Otro 2:</b> | 1  | 2  | _ _ _               | _ _ _                 | 1 si, a menudo<br>2 si, ocasionalmente<br>3 casi nunca<br>4 nunca |
| <b>Otro 3:</b> | 1  | 2  | _ _ _               | _ _ _                 | 1 si, a menudo<br>2 si, ocasionalmente<br>3 casi nunca<br>4 nunca |

**41. - ¿Acude el niño/a a otros lugares donde se fume?**

1. SI (pasar a 41a)
2. NO

**41.a. - ¿Donde?**

- a. Otras casas.....1. Sí 2. No
- b. Bares/restaurantes .....1. Sí 2. No
- c. Guardería .....1. Sí 2. No
- d. Otro:..... 1. Sí 2. No

especificar.....

**41.b. - Con qué frecuencia:**

1. menos de una vez por semana
2. 1-3 veces por semana
3. Más de 3 veces por semana

**42. - Desde los últimos 12 meses. ¿Alguien que conviva con el niño/a ha dejado de fumar?**

1. Sí (pasar a 42a)
2. No

**42.a. - ¿Quién?**

|         |                  |          |          |
|---------|------------------|----------|----------|
| 1 Madre |                  | Mes..... | Año..... |
| 2 Padre |                  | Mes..... | Año..... |
| 3 Otros | Especificar..... | Mes..... | Año..... |
| 4 Otros | Especificar..... | Mes..... | Año..... |

**43. - Desde los últimos 12 meses. ¿Alguien que conviva con el niño/a ha vuelto de fumar?**

1. Sí (pasar a 43a)
2. No (pasar a 44)

**43.a. - ¿Quién?**

|         |                  |          |          |
|---------|------------------|----------|----------|
| 1 Madre |                  | Mes..... | Año..... |
| 2 Padre |                  | Mes..... | Año..... |
| 3 Otros | Especificar..... | Mes..... | Año..... |
| 4 Otros | Especificar..... | Mes..... | Año..... |

**INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS**

**44. - ¿Ha recibido el resultado del test de neurodesarrollo de su hijo que se le hizo en la última visita?**

1. Sí
2. No

**45. - Desde que empezó el estudio, ha ido recibiendo boletines en los que se explicaba como se va desarrollando el estudio, algunos resultados y otra información relacionada con el estudio. Además ha recibido el resultado del test de neurodesarrollo de su hijo que se le hizo en la última visita. **A pesar de esta información que ha ido recibiendo, se siente suficientemente informada acerca del estudio?****

1. Sí (pasar a 46)
2. No (pasar a 45a)

**45.a. - Querría obtener algún otro tipo de información o resultado del estudio?**

.....

**46.** - Próximamente vamos a tomar medidas de contaminación atmosférica procedente del tráfico en el exterior de los domicilios de algunas mujeres del estudio. Se trataría de visitar su casa, colocar un captador en un balcón o ventana que **dé al exterior** (preferiblemente a la calle o, en su defecto, patio de manzana que sea amplio) y **que no esté al acceso de los peatones**. El captador es un tubo pequeño que no necesita electricidad ni ningún cuidado especial. Una vez pasados los 7 días, vd. Nos lo enviaría de vuelta por correo. **¿Estaría dispuesta a participar?**

1. Sí
2. No

**47.-** Pròximament iniciarem un estudi sobre la composició corporal en nens. En aquest estudi, avaluarem el percentatge de greix corporal i la densitat òssia per densitometria, així com el pes, la talla i la cintura. L'estudi requereix d'una entrevista per l'avaluació de les característiques corporals i la mesura per densitometria de la composició corporal, per absorciometria radiològica de doble energia. El sistema és molt diferent a les radiografies. La dosi de radiació és mínima, s'assembla a la que es rep quan es realitza un vol en avió. L'estudi té una durada aproximada d'uns 15 minuts. L'estudi es realitza al CETIR Centre Mèdic de Barcelona. Tota la informació obtinguda de l'estudi es remetrà als pares del nen participant amb un informe mèdic. Si es detectés a l'estudi alguna anomalia es recomanarà algun especialista a qui adreçar-se.

**¿Estaría dispuesta a participar?**

1. Sí
2. No

**OBSERVACIONES:**