

IDNUM:
ENCUESTADORA:
ENCUESTADA/O:

FECHA DE LA ENCUESTA:
Versión Cuestionario: 4

PERCEPCIÓN DE SALUD

PS1. En los últimos 12 meses, ¿cuál de las siguientes frases describe mejor la salud de su hijo/a?
1 = Muy buena; 2 = Buena; 3 = Regular; 4 = Mala; 5 = Muy mala; 9 = Ns/Nc

SP.-SIBILANTES / PITOS

SP1.- En los últimos 12 meses, ¿cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a? (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. Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (nº episodios=0) (**Pasar SP 9**)
2. Tiene pitos ocasionalmente (nº episodios=1-2)
3. Tiene pitos a menudo (nº episodios=3-6)
4. Tiene pitos muy a menudo (nº episodios=7-12)
5. Tiene pitos la mayor parte del tiempo (nº episodios >12)

SP1.a.- Si su hijo/a tuvo pitos por primera vez después de los 4 años. ¿Qué edad tenía?

.....(años)..... (meses)

SP 2.- ¿Alguno de estos factores ha hecho que empeoraran los pitos de su hijo en los últimos 12 meses?.

Factores:			
1.-Tiempo	NO	SI	
2.-El polen	NO	SI	
3.-Los humos	NO	SI	
4.- Humo tabaco	NO	SI	
5.- El polvo	NO	SI	
6.- La emoción (pe: el llanto)	NO	SI	
7.- El ejercicio	NO	SI	
8.- La noche	NO	SI	
9.- Las mascotas	NO	SI	
10.- Ropa de lana	NO	SI	
11.- Jabones y/o sprays y/o detergentes	NO	SI	
12.- Comida/bebida	NO	SI	
13.- Resfriados/gripe	NO	SI	
14.- Otras cosas	NO	SI	Especificar:

SP3.- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez sus pitos han sido tan severos que han producido que parase de respirar?.

NO (0)
SI (1)

SP3.a.- esto ha pasado:

- Sólo una vez..... 1
- Pocas veces (menos de 6) 2
- Ocasionalmente (una al mes)..... 3
- A menudo (una a la semana)..... 4
- Muy a menudo (casi todos los días) 5

SP4.- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez sus pitos han sido tan severos que no le dejan dormir?.

NO (0)
SI (1)

SP4.a.- esto ha pasado:

- Sólo una vez..... 1
- Pocas veces (menos de 6) 2
- Ocasionalmente (una al mes)..... 3
- A menudo (una a la semana)..... 4
- Muy a menudo (casi todos los días) 5

SP 5. En los últimos 12 meses, ¿han sido alguna vez los pitos tan graves como para limitar el habla de su hijo/a a una o dos palabras entre una respiración y otra?

- NO (0)
- SI (1)

SP6. En los últimos 12 meses ¿ha notado pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a al respirar durante o después de hacer ejercicio?

- NO (0)
- SI (1)

SP7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a interrumpido por pitos/silbidos/dificultades respiratorias mientras realizaba ejercicio?

1. Nunca
2. Casi nunca (<5% de las veces)
3. Menos de la mitad de las veces
4. Más de la mitad de las veces
5. Siempre o casi siempre (incluye no hacer ejercicio debido a los síntomas)
6. No hace ejercicio por otras razones

SP8. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez sus pitos han sido tan severos que interfieren otras actividades?

- NO (0)
- SI (1)

- SP.8.a-** Esto ha pasado:
- Sólo una vez 1
 - Pocas veces (menos de 6)..... 2
 - Ocasionalmente (una al mes)..... 3
 - A menudo (una a la semana)..... 4
 - Muy a menudo (casi todos los días) 5

SP.8.b-¿Cuáles son estas actividades?

SP9. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a *dificultades respiratorias* (opresión en el pecho, falta de aliento)?

- NO (0)
- SI (1)

SP10. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo tos seca por la noche, a parte de tos asociada a resfriado o a infección en el pecho?

- NO (0)
- SI (1)

SP11. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado por un médico de tener asma?

- NO (0)
- SI (1) **Rellena tabla 2. (AS1.e.)**

SP12. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado su hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento)? (se incluyen cualquier tipo de inhaladores, nebulizadores, comprimidos o medicamentos líquidos)

- NO (0)
- SI (1) **SP.12.a:** Especifica en: **(tabla 3) [M1.I.]**

SP13. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tuvo que llamar o ir al pediatra o al hospital con su hijo urgentemente debido a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento)?

Número: _____ (si nunca: 0)

PC.-PECHO CARGADO

PC1. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo en los últimos 12 meses?

1. Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (como dolor de garganta, infección de oído, fiebre). *(Por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho (pasa pregunta T1)*
2. Tiene el pecho cargado ocasionalmente o a veces
3. Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está (4 o más días por semana al menos 3 meses al año)

PC.1.a.Si la primera vez que ha tenido el pecho cargado ha sido después de los 4 años, ¿Qué edad tenía?

..... (años) (meses)

T.-TOS

T1. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo/a una tos que haya durado más de 3 semanas?

- Nunca..... 1 *(pasar preg OP1)*
- 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

T2. Durante este tiempo, ¿su hijo ha ido al pediatra por esta tos?

- NO (0)
- SI (1)

T2.a. ¿En cuántas ocasiones? _____

T3. Si su hijo/a tuvo esta tos por primera vez después de los 4 años. ¿Qué edad tenía?

..... (años) (meses)

T4. Después de los 4 años,¿Alguna vez esta tos de más de 3 semanas ha sido tan severa que le ha impedido dormir?

- NO (0)
- SI (1)

- T4.a. Esto ha pasado:**
- Sólo una vez 1
 - Pocas veces (menos de 6)..... 2
 - Ocasionalmente (una al mes)..... 3
 - A menudo (una a la semana)..... 4
 - Muy a menudo (casi todos los días) 5

OP.- OTROS PROCESOS

OP1. ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con nariz mucosa de resfriado en los últimos 12 meses?

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

RA.- RINITIS ALÉRGICA

RA1. En los últimos 12 meses, su hijo/a ¿ha tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa *SIN* estar resfriado ni con gripe?

NO (0) (*pasar preg RA5*)
 Si (1)

RA2. Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique los síntomas (puede escoger varias respuestas)

Estornudos NO(0) SI(1)
 Nariz mucosa NO(0) SI(1)
 Nariz bloqueada NO(0) SI(1)

RA3. En caso afirmativo, este problema de nariz ¿ha sido acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?

NO (0)
 SI (1)

RA4. ¿En cuál de los últimos 12 meses ocurrió este problema de nariz tapada o mucosa? (*Marcar todos los meses que corresponda*):

Enero	<input type="checkbox"/>	Julio	<input type="checkbox"/>
Febrero	<input type="checkbox"/>	Agosto	<input type="checkbox"/>
Marzo	<input type="checkbox"/>	Septiembre	<input type="checkbox"/>
Abril	<input type="checkbox"/>	Octubre	<input type="checkbox"/>
Mayo	<input type="checkbox"/>	Noviembre	<input type="checkbox"/>
junio	<input type="checkbox"/>	Diciembre	<input type="checkbox"/>

RA5. En los últimos 12 meses su hijo/a, ¿ha tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado) relacionado con el *contacto con alguna de las siguientes sustancias*?

Animales/polvo/ácaros	SI(1)	NO(0)	NO SABE(9)
Hierbas, árboles, flores	SI(1)	NO(0)	NO SABE(9)
Humo de tabaco	SI(1)	NO(0)	NO SABE(9)
Polvo de casa	SI(1)	NO(0)	NO SABE(9)
Contaminantes del aire (tubo de escape, vapores, humos, spray, productos de limpieza, aromas fuertes)	SI(1)	NO(0)	NO SABE(9)
Otros: especificar:.....	SI(1)	NO(0)	

RA6. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado su hijo/a *medicamentos*, comprimidos, sprays nasales o gotas para los ojos por la alergia nasal/rinitis alérgica?

NO (0)
 SI (1) 24.1.- Especificar: [Tabla 3 \[M1.m.\]](#)

RA7. ¿Ha sido *diagnosticado su hijo/a alguna vez por un médico* de tener rinitis alérgica (rinitis debida al gato, polvo,...) o rinitis alérgica estacional (rinitis por polen)?

NO (0)
 SI (1) [Tabla 2 \[AS1.g\]](#)

DA.- DERMATITIS ATÓPICA O ECZEMA

DA1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a la piel seca? (*Una parte es SI*).

NO (0)
SI (1)

DA2. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía durante al menos 6 meses?

NO (0)
SI (1)

DA3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía de manera intermitente?

NO (0) (*pasa a pregunta DA8*)
SI (1)

DA4. ¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? (se pueden marcar más de uno)

Pliegues de los codos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detrás de las rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delante de los tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debajo de las nalgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alrededor del cuello, las orejas o la cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DA5. Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante los últimos 12 meses?

NO (0)
SI (1)

DA6. ¿En cuál de los últimos 12 meses ocurrió la erupción o el eczema de su hijo/a? (marcar todos los meses que corresponda)

Enero	<input type="checkbox"/>	Julio	<input type="checkbox"/>
Febrero	<input type="checkbox"/>	Agosto	<input type="checkbox"/>
Marzo	<input type="checkbox"/>	Septiembre	<input type="checkbox"/>
Abril	<input type="checkbox"/>	Octubre	<input type="checkbox"/>
Mayo	<input type="checkbox"/>	Noviembre	<input type="checkbox"/>
junio	<input type="checkbox"/>	Diciembre	<input type="checkbox"/>

DA7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia promedio ha estado su hijo/a despierto por la noche por culpa de esa erupción con picazón?

Nunca	<input type="checkbox"/>
Menos de una noche por semana	<input type="checkbox"/>
Una o más noche por semana	<input type="checkbox"/>

DA8. En el día de hoy, ¿tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones en la piel?

DA8.a. Piel seca NO(0) SI(1)
DA8.b. Manchas rojas NO(0) SI(1)
DA8.c. Localizadas en:

-Zonas de flexión (pliegue codo, detrás de rodillas, cuello, frente del tobillo)	<input type="checkbox"/>
-Superficie externa de brazos y piernas	<input type="checkbox"/>
-Mejillas	<input type="checkbox"/>

DA9. Su hijo/a ¿ha sido diagnosticado alguna vez por un médico de eczema/dermatitis atópica?

- NO (0)
 SI (1) **Tabla 2 [AS1h]**

DA10. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema *en las manos* (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)?

- NO (0)
 SI (1) **DA10.a.** ¿a qué edad lo tuvo por primera vez?años.

DA11. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema después de tener *contacto* con alguna de las siguientes sustancias? (puede marcar más de una respuesta)

- NO (0) →(pasar a pregunta **DA12**)

SI (1) **DA11.a.** Especificar:

Objetos metálicos (botones, hebillas, cremallera, cinturón, reloj, clips para el pelo...) Especificar:.....	Si	No
Bisutería (pendientes, anillos)	Si	No
Colorantes	Si	No
Productos cosméticos, perfumes, fragancias	Si	No
Champú, acondicionador	Si	No
Jabón	Si	No
Ropa	Si	No
Látex, goma/plásticos (guantes, globos)	Si	No
Otros materiales, especificar:.....	Si	No

DA12. ¿Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede indicar más de uno)

- NO (0) →(pasar a pregunta **AA1**)

SI (1) **DA12.a.** Especificar:

Varicela	Si	No
Eczema seborreico	Si	No
Herpes simple	Si	No
Impétigo	Si	No
Otros: _____	Si	No

AA.- ALERGIAS ALIMENTARIAS

AA1. ¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción anormal *tras comer un alimento* en particular?

- NO (0) (*pasar a pregunta AA6*)
 SI (1) *Cumplimenta la tabla 1*

AA2. ¿Si esta reacción ocurrió por primera vez después de los 4 años, ¿qué edad tenía su hijo/a cuando ocurrió?

.....años.....meses

AA3. ¿Continúa presentando su hijo/a esta reacción alérgica tras tomar el alimento En el caso de que dicho alimento NO se haya retirado de la dieta de su hijo/a)?

- NO (0)
 SI (1)

AA4. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido visitado su hijo/a por un médico por reacciones alimentarias?

Pediatra
 Neumólogo o alergólogo
 Otro: especificar:

nunca	1-3	4-12	>12

AA5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido hospitalizado su hijo/a debido a una reacción alimentaria adversa? (*si "no hospitalización", marcar 0*)

.....vez/veces.

AA6. ¿Ha recibido alguna vez su hijo/a inyecciones especiales u otros tratamientos contra la alergia ("vacuna contra la alergia"), inmunoterapia, hiposensibilización o desensibilización?

- NO (0) (*pasar pregunta AM1*)
 SI (1) **AA5.a.** En caso afirmativo. ¿Qué tipo de alérgeno y cuándo? :

- AA5.a.1** El primer tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años
 Contra el alérgeno(s)_____/Desconocido
- AA5.a.1** El primer tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años
 Contra el alérgeno(s)_____/Desconocido
- AA5.a.1** El primer tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años
 Contra el alérgeno(s)_____/Desconocido

AM.- ALERGIAS MEDICAMENTOS/VACUNAS

AM1. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción anormal tras tomar un **MEDICAMENTO** en particular?.

- NO (0) (*pasar a pregunta AM4*)..
 SI (1) cumplimentar la **tabla 1**

AM2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido visitado su hijo/a por reacciones medicamentosas, que no tuvieran lugar durante o inmediatamente después de un episodio? (Por favor marque los que correspondan).

	nunca	1-3	4-12	>12
Pediatra (o medico de familia)				
Neumólogo o alergólogo (hospital o consulta)				
Otro: especificar:				

AM3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido hospitalizado su hijo/a debido a una reacción medicamentosa adversa?. (si “no hospitalización”, marcar 0).

.....vez (veces).

AM4. ¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción anormal tras una **VACUNACIÓN**?

- NO (0) (*pasar a pregunta CO1*).
 SI (1) cumplimentar **tabla 1**

AM5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido visitado su hijo/a por reacciones anormales tras una vacunación?.

	nunca	1-3	4-12	>12
Pediatra (o medico de familia)				
Neumólogo o alergólogo (hospital o consulta)				
Otro: especificar:				

AM6. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido hospitalizado su hijo/a debido a una reacción adversa a una vacuna?. (Si no hospitalización, marcar 0)

.....vez (veces).

CO1. ¿Con qué frecuencia su hijo/a ha faltado al colegio por problemas de salud en los últimos 12 meses?.

1. Menos de una vez al mes
2. Una vez al mes
3. Más de una vez al mes

TABLA1

AL1.El niño/a ha tenido las siguientes reacciones:	ALIMENTO								MEDICAMENTO		Picadura de insecto
	Fruta, verduras	Leche	Clara Huevo	Frutos secos	Cacahuets	Pescado	Marisco	Otro alimento (especifique)	Medicamento (especifique)	Vacuna (especifique)	
AL1.a.Hinchazón de cara	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.b.Hinchazón de labios	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.c.Hinchazón de ojos	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.d.Edema de Quincke	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.e.Erupción generalizada	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.f.Vómito o diarrea	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.g.Sensación de falta de aliento	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.h.Desfallecimiento	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.i.Pérdida de consciencia	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3 D: dieta si no	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3	<input type="checkbox"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3
AL1.j.Hinchazón excesiva alrededor de la picadura	<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"/> A: medico si no B: edad ___a___m C: tipo 1 2 3

A:Diagnostico por médico. B: Edad(años y meses). C:Tipo de reacción. D: Eliminado de la dieta. 1:Tipo de reacción según el tiempo transcurrido entre la ingestión del alimento y la aparición de los síntomas: (1) inmediata: en primeros 90 minutos; (2): mediata: entre 90 minutos y 48 horas; (3) tardía: > 48 horas; (4) NS/NC

ASISTENCIA SANITARIA

AS1.En los últimos 12 meses, ¿el médico le ha diagnosticado a su hijo/a alguna de estas enfermedades?

TABLA 2	¿Diagnosticado por el médico?	¿Cuántas veces?	Ha requerido asistencia en alguno de los siguientes niveles asistenciales?			
			CAP	Médico Privado	Urgencias (estancia de <24h desde la llegada al hospital)	Ingreso (estancia de >24h después de la llegada al hospital)
AS1.a. Gripe	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.b. Infección en el pecho	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.c. Neumonía	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.d. Bronquitis	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.f. Otitis	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.i. Diarrea y/o vómitos	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.e. Asma	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.g. Rinitis Alérgica	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....
AS1.h. Eczema atópico	Si ___ No ___ NS/NC ___		Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....	Sí..... n ^o veces.... No.....

MEDICAMENTOS**M1. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado su hijo algún medicamento (incluyendo cremas, inhaladores, gotas, etc) para alguna de las siguientes patologías?:**

TABLA 3	¿Diagnosticado por un médico?	Nombre del medicamento	Forma farmacéutica o vía de administración (cápsulas, jarabe...) 1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa	Nº de episodios en los que ha recibido el medicamento (o "tandas" de tratamiento) ¹	Nº de días que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista ²	Nº de veces por día ³	Quién lo prescribió ¹ pediatría hospitalaria ² pediatría ambulatorio ³ pediatra privado ⁴ farmacéutica/o ⁵ enfermera/o ⁶ automedicación (madre) ⁷ otros (no especificar)
M1.a Pitos/sibilantes	Si __ No __ NS/NC __						
M1.l. Asma	Si __ No __ NS/NC __						
M1.d. Pecho cargado/ infecciones respiratorias	Si __ No __ NS/NC __						
M1.c. Tos	Si __ No __ NS/NC __						
M1.f. Fiebre	Si __ No __ NS/NC __						
M1.e. Otras infecciones	Si __ No __ NS/NC __						
M1.g. Diarrea y/o vómitos	Si __ No __ NS/NC __						
M1.h. Estreñimiento	Si __ No __ NS/NC __						
M1.i. Dolor	Si __ No __ NS/NC __						
A M1.m. Por alergia nasal/ rinitis alérgica	Si __ No __ NS/NC __						
M1.j. Eczema atópico	Si __ No __ NS/NC __						
M1.b. Alergias	Si __ No __ NS/NC __						
M1.k. Por cualquier otro motivo: _____	Si __ No __ NS/NC __						

¹escribir el nº de episodios o veces que ha recibido el tratamiento (si es crónico o continuo; episodios 1) ²escribir el nº de días totales que ha recibido el tratamiento (suma del total de días en los diferentes episodios)

ejemplo: dos episodios de 7 días cada uno; nº total de días = 14

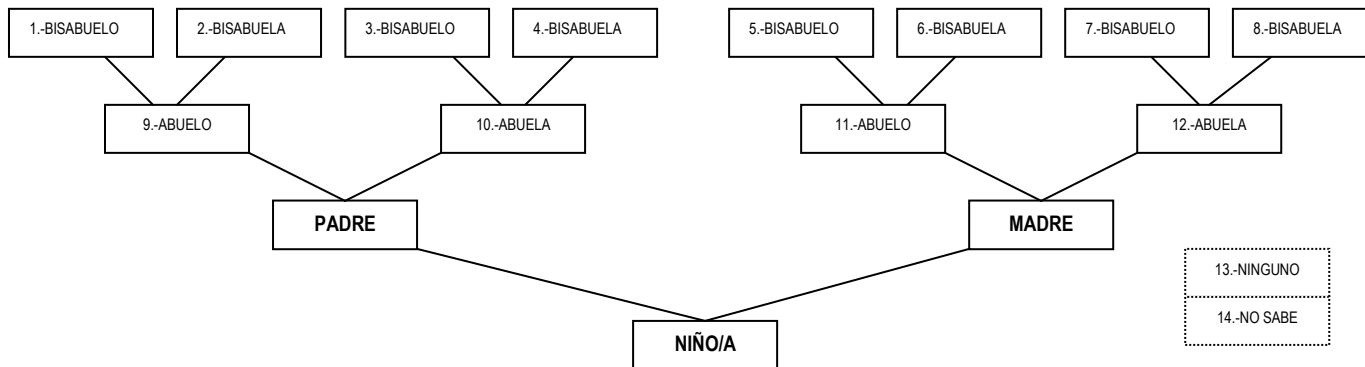
³ejemplo: si lo tomaba tres veces al día o cada 8 horas, nº veces=3

ANTECEDENTES

ABUELOS/AS

AN1.- Alguno de los abuelos o bisabuelos de su hijo/a ha estado diagnosticado de (poner el número o números de los abuelos/bisabuelos que padezcan o hayan padecido la enfermedad):

AN1.a. Parkinson:..... **AN1.b.** Alzheimer: **AN1.c.**Demencia:



AN2. Alguna de las enfermedades anteriores, ha sido diagnosticada antes de los 60 años?

- 0-No
- 1 SI

AN2.a.-Indicar quién (número)..... y de qué enfermedad (poner letra).....

AN2.b.-Indicar quién (número)..... y de qué enfermedad (poner letra).....

AN2.c.Indicar quién (número)..... y de qué enfermedad (poner letra).....

2- NS/N

PADRES/MADRES

PT1.Madre:

Peso:

Talla:

PT2.Pareja actual:

Peso:

Talla:

AM1. ¿Ha tenido la madre alguna vez **eczema (excluyendo dermatitis de contacto y psoriasis)?**

No (0)

Si (1) **AM1. 1.** En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? _____ años.

AM1. 2. En caso afirmativo,

Diagnosticada por el doctor (1)

Diagnosticada por ella misma (2)

Diagnosticada por el doctor y por ella misma (3)

AM2.¿Ha tenido la madre **asma alguna vez?**

No (0)

Si (1) **AM1. 1.** En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? _____ años.

AM1. 2. En caso afirmativo,

Diagnosticada por el doctor (1)

Diagnosticada por ella misma (2)

Diagnosticada por el doctor y por ella misma (3)

AM3. ¿Ha tenido la madre **rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional** alguna vez?

No (0)

Si (1) **AM3. 1.** En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? _____ años.

AM3. 2. En caso afirmativo,

Diagnosticada por el doctor (1)

Diagnosticada por ella misma (2)

Diagnosticada por el doctor y por ella misma (3)

AP1. ¿Ha tenido el padre alguna vez **eczema** (excluyendo dermatitis de contacto y psoriasis)?

No (0)

Si (1) **AP1. 1.** En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? _____ años.

AP1. 2. En caso afirmativo,

Diagnosticada por el doctor (1)

Diagnosticada por ella misma (2)

Diagnosticada por el doctor y por ella misma (3)

AP2. ¿Ha tenido el padre **asma** alguna vez?

No (0)

Si (1) **AP2. 1.** En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? _____ años.

AP2. 2. En caso afirmativo,

Diagnosticada por el doctor (1)

Diagnosticada por ella misma (2)

Diagnosticada por el doctor y por ella misma (3)

AP3. ¿Ha tenido el padre **rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional** alguna vez?

No (0)

Si (1) **AP3. 1.** En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? _____ años.

AP3. 2. En caso afirmativo,

Diagnosticada por el doctor (1)

Diagnosticada por ella misma (2)

Diagnosticada por el doctor y por ella misma (3)