

CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL NIÑA/O 7 AÑOS

a) ID. NUM. NIÑO:

c) ENTREVISTADO: _____ d) ENTREVISTADORA: _____

Versión 4

CD.-ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CAMBIO DE DOMICILIO

1. ¿Ha cambiado de domicilio desde la última entrevista (5.5 años)?

Sí → Fecha Cambio: ___/___/___

No (PASAR A PREGUNTA CC1)

CASA ACTUAL		
Dirección actual:		
Calle	Nº	Puerta
Municipio		CP
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	
Teléfono móvil:		
Correo electrónico:		
Nº Teléfono de posibles contactos (amigos, familiares):		
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:

2. Edad de su casa en años:

- 1. <5
- 2. de 5 a 14
- 3. de 15 a 29
- 4. >30
- 99. NS/NC

3. ¿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 (en un edificio de viviendas) → Pasar a pregunta 5
- 4. Otros (por favor, especifique)..... --> Pasar a pregunta 5

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

SÍ/NO

5. ¿En qué piso-altura se haya su vivienda? (marque 0 si es planta baja) |__|__|

6. Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s): |__|__|

7. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza): |__|__|__|__| 9999 Ns/Nc

CC.-ACTUALIZACIÓN DE DATOS CAMBIO DE COLEGIO

1.-¿Cambió de colegio desde la última entrevista (5.5 años)?

- Sí (rellenar datos del colegio)
- No (Pasar a la pregunta IG1)

DC.-DATOS DEL COLEGIO DEL NIÑO/A:

- 1.-Municipio: _____
- 2.-Nombre colegio: _____
- 3.-Dirección: _____
- 4.-Tiempo que el niño pasa en la escuela (Horas/Día): _____

IG.-INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO/A

1.- En la actualidad, ¿cuál es su estado civil?

- a.1 Casada (primeras nupcias)
- a.2 Casada (segundas nupcias)
- a.3 Pareja estable (no casada)
- b. Soltera (nunca se ha casado)
- c.1 Separada (pero todavía legalmente casada)
- c.2 Divorciada
- d. Viuda
- e. Otros, especificar:.....

2.- En la actualidad, ¿cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vive usted?

- a. Vive con el padre del niño/a del proyecto.
- b. Vive con otra pareja.
- c. No vive con otra pareja pero si tiene una relación de pareja (ej. La pareja vive en el extranjero o en otra propiedad)
- d. No vive con otra pareja y no tiene una relación de pareja (Vive sola con su hijo/a o hijos/as)
- e. Vive con los abuelos del niño/a del proyecto.
- f. Otros, especificar.....

3. Actualmente ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a? |_|_|

- 1. Madre (SI/NO)
- 2. Padre (SI/NO)
- 3. Pareja actual (SI/NO)
- 4. Hermanos |_|_| Número
- 5. Abuelos |_|_| Número
- 6. Otros |_|_| Número 1.6.a Especificar:.....
- 7. Si son niños inferior a 12 años especificar nº |_|_| (Suma de hermanos y otros que sean menores).

4. Habitualmente ¿Quién es el principal cuidador del niño/a? (se puede marcar más de una opción, en caso de que haya más de un cuidador principal)

- 1. Madre
- 2. Padre
- 3. Pareja actual
- 4. Hermanos
- 5. Abuelos
- 6. Otros. Especificar _____

5. Habitualmente, ¿Quién va a buscar el niño/a al colegio? (se puede marcar más de una opción, en caso de que haya más de una persona que vaya a buscar al niño/a, habitualmente)

1. Madre
2. Padre
3. Pareja actual
4. Abuelos
5. Transporte escolar
6. Cuidador/a
7. Hermanos
8. Otros. Especificar_____

6. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden (incluido fines de semana)?

SI, unas horas

NO

(horas/día).....

Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....

Municipio:..... CP:.....

(horas/día).....

Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....

Municipio:..... CP:.....

7.- Complete la siguiente tabla con el porcentaje de tareas que considera que cada uno realiza semanalmente:

	1.Madre	2.Padreo pareja	3.Hermanos/as	4.Persona contratada	5.Otros:.....	6.Otros 2:.....	TOTAL
a.Tareas domésticas: <i>limpiar,cocinar, comprar,...</i>							100%
b.Cuidado de los niños							100%
c.Cuidado no remunerado de familiares ancianos o discapacitados (aunque no vivan en la casa)							100%
d.Otros:.....							100%
e.Otros 2:.....							100%

DN.- DORMITORIO DEL NIÑO/A

1. Actualmente, el niño duerme:

- 1. Solo/a en su habitación (Pasar a la DN2)
- 2. Con otras personas en su habitación

Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño /a (sin contarlo a él /ella)

Nº de personas por grupo de edad

- 1 niños menores de 12 años
- 2 entre 12-64 años
- 3 Mayor de 65 años

2. ¿Qué tipo de colchón ha utilizado en la cama de su hijo/a en los últimos 12 meses? (se puede marcar más de una opción):

- 1.Lana
- 2.Espuma
- 3.Muelles
- 4.Látex
- 5.Viscoelastico
- 6.Otros (indicar):.....
- 99.-NS/NC

¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño? años

3. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado o utiliza almohada en la cama de su hijo (debajo de la cabeza o en cualquier sitio de la cama)?

- Sí
- No → Pasar pregunta 5

3.1 ¿A partir de qué edad?meses de edad. NS/NC (99)

3.2 ¿De qué tipo? ((se puede marcar más de una opción)

- 1. Lana
- 2. Espuma
- 3. Látex
- 4. Plumas
- 5. Viscoelástico
- 6. Otros (indicar):.....

CCC.-COCINA-CALEFACCIÓN-CALENTADOR DEL AGUA

4. ¿Qué tipo de cocina tiene actualmente?

- 1. Gas natural
- 2. Gas butano o propano
- 3. Eléctrica
- 4. Otros **Especificar:**_____

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en total ha usado la cocina? (si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

5. ¿Tiene horno de gas actualmente?

Sí

No (pasa a pregunta 6)

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en total ha usado el horno de gas? *(si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)*

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

6. ¿Su cocina tiene extractor?

Sí

No (pasa a pregunta 7)

6.a Durante la última semana, cuando cocina ¿cuánto tiempo ha usado el extractor? *(si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)*

1. Siempre
2. A veces
3. Nunca

7. En la última semana, ¿con qué frecuencia ha abierto las ventanas al cocinar?

1. Siempre
2. A veces
3. Nunca

8. ¿Qué tipo de calefacción tiene actualmente? *(Se puede marcar más de una opción)*

1. De gas natural
2. De gas butano o propano
3. Eléctrica
4. Gasoil
5. Otros **Especificar** _____

Durante una semana normal de invierno, ¿cuánto tiempo en total usa la calefacción?

	Horas					Minutos									
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
a.-Un día entre semana															
b.-Un día el fin de semana															

9. ¿Qué tipo de calentador tiene actualmente?

1. De gas natural
2. De gas butano o propano
3. Eléctrico
4. Otros **Especificar**: _____

9.a Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en total ha usado el calentador? *(si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)*

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

9.b Ubicación del calentador

1. Exterior de la vivienda (balcón o patio).
2. Interior de la vivienda (cocina u otro habitación).

10. ¿Tiene aire acondicionado en su vivienda actualmente?

- SI
- NO (pase a la pregunta 12)

Durante una semana normal de verano, ¿cuánto tiempo en total usa el aire acondicionado?

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

C.-CASA

11. ¿Ha tenido manchas de humedad en los últimos 12 meses?

- Sí
 - No (*pasar a la p.12*)
- ¿Dónde?**
1. Habitación del niño....SI/NO
 2. Lugar de juegos.....SI/NO
 3. Resto De la casa.....SI/NO

12. ¿Ha tenido moho en los últimos 12 meses? (exceptuando en la comida)

- Sí
 - No (*pasar a la p.13*)
- ¿Dónde?**
1. Habitación del niño....SI/NO
 - 2.Lugar de juegos.....SI/NO
 3. Resto De la casa.....SI/NO

13. ¿Ha tenido moqueta en los últimos 12 meses?

- Sí
 - No (*pasar a la p.14*)
- ¿Dónde?**
- 1.Habitación del niño....SI/NO
 - 2.Lugar de juegos.....SI/NO
 - 3.Resto De la casa.....SI/NO

14. ¿Ha tenido alfombras en los últimos 12 meses?

- Sí
 - No (*pasar a la p.15*)
- ¿Dónde?**
- 1.Habitación del niño....SI/NO
 - 2.Lugar de juegos.....SI/NO
 - 3.Resto De la casa.....SI/NO

15. ¿Ha tenido doble cristal en las ventanas en los últimos 12 meses?

- Sí
 - No (*pasar a la p.16*)
- ¿Dónde?**
- 1.Habitación del niño....SI/NO
 - 2.Lugar de juegos.....SI/NO
 - 3.Resto De la casa.....SI/NO

16. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio en los últimos 12 meses?

- 1. Sí, obras
- 2. Sí, pintado
- 3. Sí, ambas cosas
- 4. No → *Pasar a pregunta 17*

Si Sí N° de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (*contando cocina y baño(s)*): |_|_| Incluye pasillos y galería.

17. En los últimos 12 meses, ¿se han utilizado alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa?

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Entre 1 y 3 veces a la semana	Entre 4 y 7 veces a la semana
1. Lejía	1	2	3	4
2. Amoniaco	1	2	3	4
3. Limpia muebles líquido	1	2	3	4
4. Sprays de limpieza muebles	1	2	3	4
5. Sprays limpiavidrios	1	2	3	4
6. Spray desengrasante (incluye sprays para la limpieza del horno)	1	2	3	4
7. Disolventes (incluye quitamanchas)	1	2	3	4
8. Ácidos, incluidos descalcificadores	1	2	3	4
9. Sprays ambientadores	1	2	3	4
10. Ambientadores enchufables o de otro tipo (no spray)	1	2	3	4

18. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?

		Nada	<30 minutos	30 minutos-2horas	>2horas
34.1. Habitación del niño	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4
34.2. Resto casa	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4

AD.-ANIMALES DOMÉSTICOS

19. ¿Ha tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?

Si Cumplimentar la tabla.
No Pasar a pregunta 36

	19.a. ¿Tiene ahora?	19.b. Número (mínimo 6 meses)	19.c. ¿Viven o vivían en casa?	19.d. ¿Duermen o dormían en la habitación del niño?
Perro/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Gato/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Pájaro/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Hámster/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Otros:	SI/NO		SI/NO	SI/NO

20. En los últimos 12 meses ¿Ha utilizado algún producto para desparasitar a su animal doméstico?

1. Si
2. No (Pasar a la 21)

20.a Especificar producto:

1. Collar
2. Spray
3. Pipeta
4. Jabón o champú
5. Otros _____

20.b ¿Su hijo/a juega con él después de aplicarle el producto?

1. Si
2. No

20.c Horas de espera tras la aplicación del producto _____

21. En los últimos doce meses ¿Ha utilizado insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en el interior de su casa? (incluye balcones o terrazas)

- 1 Sí
- 2 No (Pasar a pregunta 22)

21.a ¿Qué tipo de insecticida utiliza (puede señalar más de uno) y con qué frecuencia?

	Frecuencia	1. Dormitorio niño/a	2. Resto de la casa	3. Especificar (no son excluyentes)	Marca
a. Sprays insecticidas	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	
c. Trampas con producto químico (por ejemplo para las cucarachas)	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	
d. Polvos insecticidas	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	
e. Otros. Especificar _____	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	

21.c . ¿Tiene la costumbre de ventilar la casa/abrir las ventanas cuando se utiliza alguno de estos productos?

- 1 Sí
- 2 No

21.d Tras o durante la aplicación del producto ¿Su hijo/a permanece en la misma habitación?

- 1 Sí
- 2 No

21.e Especificar horas de espera tras la aplicación del producto _____

22. En los últimos 12 meses ¿Ha contratado el servicio de profesionales para combatir alguna plaga en su domicilio?

- 1 Sí
- 2 No

22.a Frecuencia

- 1 Todo el año
- 2 De manera estacional
- 3 Esporádicamente

23. En los últimos 12 meses ¿Su hijo/a ha utilizado algún tipo loción repelente corporal para los mosquitos?
(se refiere a químico, no incluir remedios naturales)

- 1 Sí
- 2 No

23.a Frecuencia

- 1 Todo el año
- 2 De manera estacional
- 3 Esporádicamente

24. En los últimos 12 meses ¿Su hijo/a ha utilizado algún tipo de champú o loción repelente para los piojos?
(se refiere a químico, no incluir remedios naturales como vinagre,)

- 1 Sí
- 2 No

24.a Frecuencia

- 1 Todo el año
- 2 De manera estacional
- 3 Esporádicamente

25. Su casa, ¿tiene jardín, huerto o corral con plantas? (no incluir balcones o terrazas)

- 1 Sí
- 2 No Pasar a la 26

25.a ¿Se fumiga las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?

- 1 Sí
- 2 No

25.a.1 ¿Con qué frecuencia?

- 1 Todos los meses
- 2 Cada 2-3 meses
- 3 3 veces al año
- 4 Ocasionalmente

25.a.2 Quien realiza la fumigación:

- 1 Padres
- 2 Profesionales
- 3 Otros

25.a.3 ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?: min

¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

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

25.a.4 Tras o durante la aplicación, ¿Su hijo/a permanece en la zona tratada?

- 1 Sí
- 2 No

Especificar horas de espera tras la aplicación del producto _____

25.a.5 ¿Guarda los productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.) en la casa?

- 1 Sí
- 2 No

25.a.5.1 ¿Dónde los guarda?

- 1 garaje/trastero 2 exterior 3 otro:.....

➔ **26. ¿En los alrededores de su residencia hay algún lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?**

- 1 Sí
2 No Pasar a la 27

26.a ¿A qué distancia?

- 1 Lejos (>200metros)
2 Medio (100-200m)
3 Cerca (50-100m)
4 Muy cerca (<50m)

27. ¿En los alrededores de su residencia hay alguna zona con actividad agrícola (campos cultivados)?

- 1 Sí
2 No

27.a ¿A qué distancia?

- 1 Lejos (>200metros)
2 Medio (100-200m)
3 Cerca (50-100m)
4 Muy cerca (<50m)

T.-TABACO

1. ¿Fuma alguien de los que conviven con el niño/a?

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

1.a ¿Qué cantidad fuma al día? Cigarrillos/día (referido al promedio de la última semana) *En casa se refiere dentro de la casa (la terraza, un patio interior, un jardín, etc., se considera fuera de la casa)*

	SÍ/NO	1.a total cigarrillos/día	1.b cigarrillos /día en casa	1.c Fuma en casa en presencia del niño/a	1.d. Fuma en el comedor de la casa
Madre	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Padre	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 1:	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 2:	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca

2 ¿Acude el niño/a a otros lugares donde se fume?

- 1. Sí 2.NO Pasar a la M1.

¿Dónde?

- a. Otras casas SÍ/NO
- b. Bares/restaurantes SÍ/NO
- c. Otro: SÍ/NO
- Especificar.....

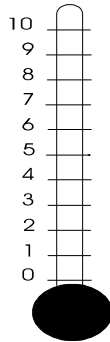
2.a Con qué frecuencia:

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

MOLESTIAS

1. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc. procedente del tráfico, la industria etc.)? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada

Molestia insoportable



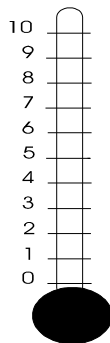
Ninguna molestia

2. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa durante el día?

- 1. Mucho
- 2. Bastante
- 3. Poco
- 4. Nada

3. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante el día? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada

Molestia insoportable



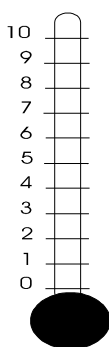
Ninguna molestia

4. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa durante la noche?

- 1. Mucho
- 2. Bastante
- 3. Poco
- 4. Nada

5. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante la noche? *Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada*

Molestia insoportable



Ninguna molestia

ABA.-AGUA, BAÑO Y ASEO

1. ¿Cuál es el origen principal del agua en su casa? (Respuesta única)

- 1. Agua directa de la red municipal
- 2. Pozo privado
- 3. Otro origen (especificar) _____
- 99. No sabe

2. ¿Cuál es el origen principal del agua que BEBE el niño/a en su residencia habitual? (Indicar solamente un origen, el que usted considere más frecuente)

- 1. Agua directa de la red municipal (responder 47a)
- 2. Pozo privado
- 3. Agua embotellada
- 4. Otro origen (especificar) _____
- 99 No sabe

2a. Si el origen del agua que bebe es municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

Sí → Pasar (2b)
No

2b.Indicar tipo de filtro:

- 1. Jarra con filtro
- 2. Osmosis inversa
- 3. Otros (especificar) _____

3. ¿Con que frecuencia suele bañar y/o ducha a su hijo/a en los últimos 12 meses?

A la semana	Baño	Ducha
Nº de veces a la <u>semana</u>	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Al mes (Si menos de una vez a la semana)	Baño	Ducha
Si menos de una vez a la semana, indicar nº de veces al <u>mes</u>	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Tiempo en el agua	Baño	Ducha
¿Cuánto rato en promedio dura el baño o la ducha? En minutos		

4. ¿Ha llevado a su hijo/a a la piscina en los últimos 12 meses?

Sí
No (responder 4.a)

4.a. ¿Cuál es el motivo principal de que su hijo/a NO se haya bañado en la piscina durante los últimos 12 meses?

1. Problemas en la piel
2. Problemas de salud respiratoria
3. Otros problemas de salud
4. No le gusta
5. Otro motivo **Especificar:**

5. Intente pensar en los últimos 12 meses las veces que su hijo/a se baña en piscinas públicas cubiertas y descubiertas, a lo largo del año.

	Verano		Resto del año	
	Nº de días al mes	Tiempo (minutos)	Nº de días al mes	Tiempo (minutos)
Piscina cubierta pública				
Nombre:.....		_ _ _ tpo		_ _ _ tpo
Población:.....				
Piscina descubierta pública	Verano			
Nombre:.....	Nº de días al mes	Tiempo (minutos)		
Población:.....		_ _ _ tpo		

6. ¿A qué edad su hijo/a empezó a bañarse en la piscina con regularidad, es decir, al menos una vez por semana durante más de un mes? |_|_| años |_|_| meses

OBSERVACIONES:

HISTORIA LABORAL 7 AÑOS MADRES /PADRES /PAREJA

HISTORIAL LABORAL MADRE

L1. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- 01. Trabajadora → pasar a L1.a
- 02. Parada Desde que fecha___/___/___→ pasar a L2
- 03. Excedencia Indicar motivo:.....
- 04. Estudiante
- 05. Trabajo familiar doméstico a tiempo completo
- 06. Otras (especificar):

L1a. ¿Cuál es su situación laboral en esa ocupación?

- 1 Trabajadora por cuenta propia, sin asalariados
- 2. Trabajadora por cuenta propia, con 10 o más asalariados
- 3. Trabajadora por cuenta propia, con menos de 10 asalariados
- 4. Gerente de una empresa, con 10 o más asalariados
- 5. Gerente de una empresa, con menos de 10 asalariados
- 6. Capataz, supervisora o encargada
- 7. Otra asalariada
- 8. Otras situaciones (ej. Trabajo irregular): Indicar.....

L1b. En la actualidad ¿se encuentra de baja laboral?

- 1. Si Indicar motivo:.....
- 2. No

L1c. ¿De cuántas horas es su jornada laboral?.....horas/semana

L1.d. Está en el mismo trabajo que cuando su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No (Pasar a L3)

L1.e. Ha cambiado de puesto de trabajo desde que su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No

L2. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha tenido algún trabajo desde que su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No (Pasar a la L5)

L3. ¿Cuál es la dirección de su lugar de trabajo actual?

.....

L4. En relación a su trabajo actual y/o trabajos anteriores podría indicarnos (en el caso de haber desempeñado varios trabajos indicar el de mayor duración) el trabajo realizado desde que su hijo tenía 5.5 años:

Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas

HISTORIAL LABORAL PADRE

L5. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- 01. Trabajador → pasar a L5.a
- 02. Parado Desde que fecha ___/___/___ → pasar a L6
- 03. Excedencia Indicar motivo:.....
- 04. Estudiante
- 05. Trabajo familiar doméstico a tiempo completo
- 06. Otras (especificar):

L5a. ¿Cuál es o cuál ha sido su situación laboral o de empleo en esa ocupación?

- 1 Trabajador por cuenta propia, sin asalariados
- 2. Trabajador por cuenta propia, con 10 o más asalariados
- 3. Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados
- 4. Gerente de una empresa, con 10 o más asalariados
- 5. Gerente de una empresa, con menos de 10 asalariados
- 6. Capataz, supervisor o encargado
- 7. Otro asalariado
- 8. Otras situaciones (ej. Trabajo irregular): Indicar.....

L5b. En la actualidad ¿se encuentra de baja laboral?

- 1. Si Indicar motivo:.....
- 2. No

L5c. ¿De cuántas horas es su jornada laboral?.....horas/semana

L5.d. Está en el mismo trabajo que cuando su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No (Pasar a L7)

L5.e. Ha cambiado de puesto de trabajo desde que su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No

L6. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha tenido algún trabajo desde que su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No

L7. ¿Cuál es la dirección de su lugar de trabajo actual?

.....

L8. En relación a su trabajo actual y/o trabajos anteriores podría indicarnos (en el caso de haber desempeñado varios trabajos indicar el de mayor duración) el trabajo realizado desde que su hijo tenía 5.5 años:

Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas

HISTORIAL LABORAL PAREJA ACTUAL

L9. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- 07. Trabajador → pasar a L9.a
- 08. Parado Desde que fecha___/___/___→ pasar a L10
- 09. Excedencia Indicar motivo:.....
- 010. Estudiante
- 011. Trabajo familiar doméstico a tiempo completo
- 012. Otras (especificar):

L9a. ¿Cuál es o cuál ha sido su situación laboral o de empleo en esa ocupación?

- 1. Trabajador por cuenta propia, sin asalariados
- 2. Trabajador por cuenta propia, con 10 o más asalariados
- 3. Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados
- 4. Gerente de una empresa, con 10 o más asalariados
- 5. Gerente de una empresa, con menos de 10 asalariados
- 6. Capataz, supervisor o encargado
- 7. Otro asalariado
- 8. Otras situaciones (ej. Trabajo irregular): Indicar.....

L9b. En la actualidad ¿se encuentra de baja laboral?

- 1. Si Indicar motivo:.....
- 2. No

L9c. ¿De cuántas horas es su jornada laboral?.....horas/semana

L9.d. Está en el mismo trabajo que cuando su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No (Pasar a L11)

L9.e. Ha cambiado de puesto de trabajo desde que su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No

L10. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha tenido algún trabajo desde que su hijo/a tenía 5.5 años?

- 1. Sí
- 2. No

L11. ¿Cuál es la dirección de su lugar de trabajo actual?

.....

L12. En relación a su trabajo actual y/o trabajos anteriores podría indicarnos (en el caso de haber desempeñado varios trabajos indicar el de mayor duración) el trabajo realizado desde que su hijo tenía 5.5 años:

Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas