

CUESTIONARIO SALUD NIÑO/A 9 AÑOS

a) ID. NUM. NIÑO/A: b) Fecha Realización: ___/___/___

c) ENTREVISTADO: _____ d) ENTREVISTADORA: _____

Asma y alergias

(Cuando se pregunta por el último año, se refiere a los últimos 12 meses)

Asma /sibilancias

1	¿Ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho en el último año ? 0.No (pasar a pregunta 5a) 1. Sí 9. No sabe
2	¿Cuántos ataques de pitos ha tenido su hijo/a en el último año ? 0. Ninguno 1. De 1 a 3 2. De 4 a 12 3. Más de 12
3	En el último año , ¿con qué frecuencia, en promedio, ha sido el sueño de su hijo/a interrumpido debido a los pitos? 0. Nunca se ha despertado con pitos 1. Menos de una noche por semana 2. Una o más noches por semana
4	En el último año , ¿Han sido alguna vez los pitos suficientemente graves como para limitar el habla de su hijo/a a sólo una o dos palabras entre respiraciones? 0.No 1. Sí 9. No sabe
5a	¿Ha sido su hijo/a <u>alguna vez</u> diagnosticado por un doctor de padecer asma? 0.No (pasar a pregunta 6) 1. Sí 9. No sabe
5b	En caso afirmativo, ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se le diagnosticó de asma?
6	¿Ha tomado su hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos, opresión en el pecho, falta de aliento) en el último año ? 0.No 1. Sí 9. No sabe

Rinitis alérgica

<p>1a</p>	<p>En el último año, ¿ha tenido su hijo/a alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado/a ni con gripe? 0.No (pasar a pregunta 2) 1. Sí 9. No sabe</p>														
<p>1b</p>	<p>En caso afirmativo, por favor especifique los síntomas que ha tenido su hijo/a en el último año cuando NO ha estado resfriado/a o con gripe (puede escoger varias respuestas). Por favor marque las que correspondan: <input type="checkbox"/> 1. estornudos <input type="checkbox"/> 2. nariz mucosa <input type="checkbox"/> 3. nariz bloqueada</p>														
<p>1c</p>	<p>En caso afirmativo, ¿ha sido acompañado de picor y lagrimeo en los ojos? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p>														
<p>1d</p>	<p>¿En cuál de <u>los últimos 12 meses</u>, ocurrió este problema de nariz? (Puede escoger varias respuestas). Por favor, marque todos los meses que correspondan:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enero</td> <td><input type="checkbox"/> Agosto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febrero</td> <td><input type="checkbox"/> Septiembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marzo</td> <td><input type="checkbox"/> Octubre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abril</td> <td><input type="checkbox"/> Noviembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mayo</td> <td><input type="checkbox"/> Diciembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Junio</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Julio</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Septiembre	<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Octubre	<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Noviembre	<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Diciembre	<input type="checkbox"/> Junio		<input type="checkbox"/> Julio	
<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Agosto														
<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Septiembre														
<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Octubre														
<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Noviembre														
<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Diciembre														
<input type="checkbox"/> Junio															
<input type="checkbox"/> Julio															
<p>2</p>	<p>En el último año, ¿Ha tenido su hijo/a problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado/a) relacionados con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? (Puede escoger varias respuestas). <u>Por favor marque las opciones que correspondan:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. El hijo/a no ha tenido problemas con su nariz o sus ojos <input type="checkbox"/> b. Animales <input type="checkbox"/> c. Hierba, , flores <input type="checkbox"/> d. Polvo de casa/ácaros <input type="checkbox"/> e. Humo de tabaco o aromas fuertes <input type="checkbox"/> f. Contaminantes del aire <input type="checkbox"/> g. Otro, por favor especifique _____ 														
<p>3</p>	<p>¿Ha tomado su hijo/a medicamentos para la alergia nasal/ alergia al polen/ rinitis alérgica en el último año? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p>														

Eccema

1	<p>¿Ha tenido su hijo/a la piel seca en el último año?</p> <p>0.No 1. Sí 9. No sabe</p>
2a	<p>¿Ha tenido su hijo/a una erupción con picor en algún momento en el último año?</p> <p>0.No (<i>pasar a pregunta 3</i>) 1. Sí 9. No sabe</p>
2b	<p>En caso afirmativo, ¿ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares (Puede marcar varias respuestas)? Por favor, marque todas las que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Los pliegues de los codos <input type="checkbox"/> 2. Detrás de las rodillas <input type="checkbox"/> 3. Delante de los tobillos <input type="checkbox"/> 4. Debajo de las nalgas <input type="checkbox"/> 5. Alrededor del cuello, las orejas o la cara</p>
2c	<p>En caso afirmativo, ¿ha desaparecido esta erupción por completo en algún momento durante el último año?</p> <p>0.No 1. Sí 9. No sabe</p>
3	<p>¿Ha sido su hijo/a diagnosticado/a alguna vez por un médico de eczema o dermatitis atópica o neurodermatitis?</p> <p>0.No 1. Sí 9. No sabe</p>
4	<p>Si ha respondido afirmativamente a las preguntas 2a o 3, ¿en cuál de los <u>últimos 12 meses</u> apareció el eccema/erupción con picor de su hijo/a?</p> <p>(Puede marcar varias respuestas). Por favor, marque todas las que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Con anterioridad a los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre <input type="checkbox"/> Octubre <input type="checkbox"/> Noviembre <input type="checkbox"/> Diciembre</p>

Alergias alimentarias

1	<p>¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica a un alimento? 0.No (<i>pasar a siguiente sección. Infecciones comunes</i>) 1. Sí 9. No sabe</p>
1.2	<p><u>Alimento 1:</u> ¿Ha sido el diagnostico confirmado por un doctor? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p> <p>¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se produjo por primera vez la reacción alérgica al “Alimento 1”? _____ años ¿Tiene su hijo/a todavía esta reacción alérgica cuando toma ese alimento? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p> <p><u>Alimento 2:</u> ¿Ha sido el diagnostico confirmado por un doctor? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p> <p>¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se produjo por primera vez la reacción alérgica al “Alimento 2”? _____ años ¿Tiene su hijo/a todavía esta reacción alérgica cuando toma ese alimento? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p> <p><u>Alimento 3:</u> ¿Ha sido el diagnostico confirmado por un doctor? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p> <p>¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se produjo por primera vez la reacción alérgica al “Alimento 3”? _____ años ¿Tiene su hijo/a todavía esta reacción alérgica cuando toma ese alimento? 0.No 1. Sí 9. No sabe</p>

Infecciones comunes

1	Ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes infecciones en los últimos 12 meses: <u>Por favor marque todas las infecciones que correspondan</u>
1.1	Resfriado común 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.1.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.2	Gripe 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.2.1.En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.3	Neumonía/bronquitis 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.3.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.4	Otitis media: 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.4.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.5	Gastroenteritis con vómito o diarrea 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.5.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.6	Infección del tracto urinario 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.6.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____

Desarrollo de la pubertad

(Le voy a hacer algunas preguntas sobre desarrollo físico de su hijo/a)

Chicos y chicas

1. ¿Diría que el crecimiento en estatura de su hijo/a ha comenzado a brotar (dar el estirón)?
(brote/estirón = crecimiento repentino, mayor crecimiento de lo habitual)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0. No | 2. Sí (Definitivamente) |
| 1. Sí (Apenas) | 3. Desarrollo completado |

2. ¿Y en relación al crecimiento del vello corporal? ¿Diría que el vello corporal de su hijo/a ha empezado a crecer?
(vello corporal = Axila o vello púbico)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0. No | 2. Sí (Definitivamente) |
| 1. Sí (Apenas) | 3. Desarrollo completado |

3. ¿Ha notado algún cambio en la piel de su hijo/a, especialmente granos?

- | | |
|----------------|-------------------------|
| 0. No | 2. Si (Definitivamente) |
| 1. Sí (Apenas) | |

4. ¿Cree que el desarrollo de su hijo/a ha empezado más temprano o más tarde que la mayoría de los otros hijos/niñas de su edad?

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 0. Mucho más temprano | 3. Un poco más tarde |
| 1. Un poco antes | 4. Mucho más tarde |
| 2. Sobre la misma edad | |

Para chicos:

5. ¿Ha notado una profundización en la voz de su hijo?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0. No | 2. Sí (Definitivamente) |
| 1. Sí (Apenas) | 3. Desarrollo completado |

6. ¿Le ha empezado a su hijo a crecer vello en la cara?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0. No | 2. Sí (Definitivamente) |
| 1. Sí (Apenas) | 3. Desarrollo completado |

Para chicas:

7. ¿Han empezado a crecer los pechos de su hija?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0. No | 2. Sí (Definitivamente) |
| 1. Sí (Apenas) | 3. Desarrollo completado |

8. ¿Ha empezado a menstruar su hija (le ha venido la regla)?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0. No | 2. Sí (Definitivamente) |
| 1. Sí (Apenas) | 3. Desarrollo completado |

En caso afirmativo por favor conteste a la siguiente pregunta:

8a. ¿Cuál fue la fecha de su primera menstruación? Día_____Mes_____

8b. Si no sabe la fecha, ¿qué edad tenía su hija? _____años

8c. Si su hija tiene la menstruación, ¿cuándo la tuvo por última vez (indicar el primer el día)?

Día_____Mes_____

Sus sentimientos (pregunta dirigida a los padres)

Las preguntas de esta escala le preguntan acerca de sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, se le pedirá que indique con un círculo con qué frecuencia se sintió o pensó de cierta manera. Aunque algunas de las preguntas son similares, existen pequeñas diferencias entre ellas y usted debe tratar cada una de ellas como una pregunta aparte. La mejor estrategia es la de responder con bastante rapidez. Es decir, no trate de contar el número exacto de veces que se sintió de una manera en particular, pero dígame la respuesta que, en general, le parezca que sea la mejor.

0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = A veces 3 = Bastante a menudo 4 = Muy a menudo

	Madre	Padre
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro/a de su capacidad para manejar sus problemas personales?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban como usted quería?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido abrumado/a cuando se le han acumulado tantas cosas que se le ha hecho una montaña?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

A. PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE SU HIJO/A

A1. Desde el nacimiento, cómo ha sido la salud de su hijo/a en general? 1= Muy buena; 2= Buena; 3= Regular; 4= Mala; 5= Muy mala; 9= Ns/Nc

A2. Tiene el niño/a alguna enfermedad o problema de salud de larga duración, o de tipo crónico? 1= Si; 0=No; 9= Ns/Nc

B. A continuación, le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud de larga evolución. A lo largo de su vida, el/la niño/a, padece o ha padecido alguno de estos problemas?

Enfermedad	B1. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?		B2. ¿Está tomando o ha tomado medicación por este problema?		B3. ¿Le ha dicho un médico que padece la enfermedad?		B4. ¿Dónde se realizó o ha realizado el seguimiento?		B5. Edad al diagnóstico		B6. Actualmente está en seguimiento?		B7. Edad fin seguimiento			
	Sí ▲	No	Sí	No	Sí	No	4.1 Pediatra		4.2 Especialista ■		Años	Meses	Sí	No	Años	Meses
							público	privado	Sí	No						
a. Diabetes	1	0	1	0	1	0	1	2	1	0	L	LL	1	0	L	LL
b. Colesterol elevado																
c. Jaquecas, migrañas, dolores de cabeza																
d. Epilepsia																
e. Enfermedades del corazón																
f. Enfermedad digestiva crónica (intolerancia digestiva, celiaquía, diarrea crónica, úlcera, hepatitis, etc.)																
g. Retraso del crecimiento en peso y/o talla.																
h. Enfermedad renal (insuficiencia renal, síndrome nefrótico, etc.)																
i. Transtornos huesos y/o articulaciones y/o musculares																
j. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc)																
k. Otros (larga evolución, no resfriados etc)																

▲ B1_esp. Si la respuesta es **SI**, especificar **enfermedad**. Si hay más de una, se deben apuntar todas.

Grupo Enfermedad (a,b,c)	Nombre enfermedad

■ B4.2_esp. Si la respuesta es **SI**, especificar **especialidad y hospital o centro de especialidades (público o privado)** donde se realiza(ó) el seguimiento

1.Especialidad _____

2.Nombre hospital o centro de especialidades: _____

C. A lo largo de su vida, el/la niño/a, padece o ha padecido alguno de estos problemas?

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS, DE NEURODESARROLLO O NEUROPSICOLÓGICOS																	
	C1. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?		C2. ¿Está tomando o ha tomado medicación por este problema?		C3. ¿Le ha dicho un médico, psicólogo, profesor, neuropediatra u otro especialista que el niño tiene este problema?		C4. ¿Se le ha realizado un control y seguimiento de este problema?				C5. Edad cuando se detectó el problema		C6. Actualmente está en seguimiento?		C7. Edad fin seguimiento		
	Si ▲	No	Si ▲	No	Si	No	C4.1. Centro neuropsicológico ■		C4.2. Centro escolar		C4.3. Otros (especificar)	años	meses	Si	No	años	meses
							Público	Privado	Si	No							
							Si	No	Si	No							
a. Déficit o retraso motor o mental (incluye parálisis cerebral)																	
b. Problemas de conducta y/o aprendizaje (déficit de atención, hiperactividad etc.)																	
c. Trastornos mentales (depresión, ansiedad.)																	

▲ C1_esp. Si la respuesta es **SI**, especificar **problema**. Si hay más de uno, se deben apuntar todas.

Grupo Enfermedad (a,b,c)	Nombre problema

▲ C2_esp. Si la respuesta es **SI**, especificar **medicación**. Si hay más de una, se deben apuntar todas.

Grupo Enfermedad (a,b,c)	Nombre medicación

■ C4.1, C4.2, C4.3_esp. Si la respuesta es **SI**, especificar **especialidad y hospital o centro de especialidades (público o privado)** donde se realiza(ó) el seguimiento

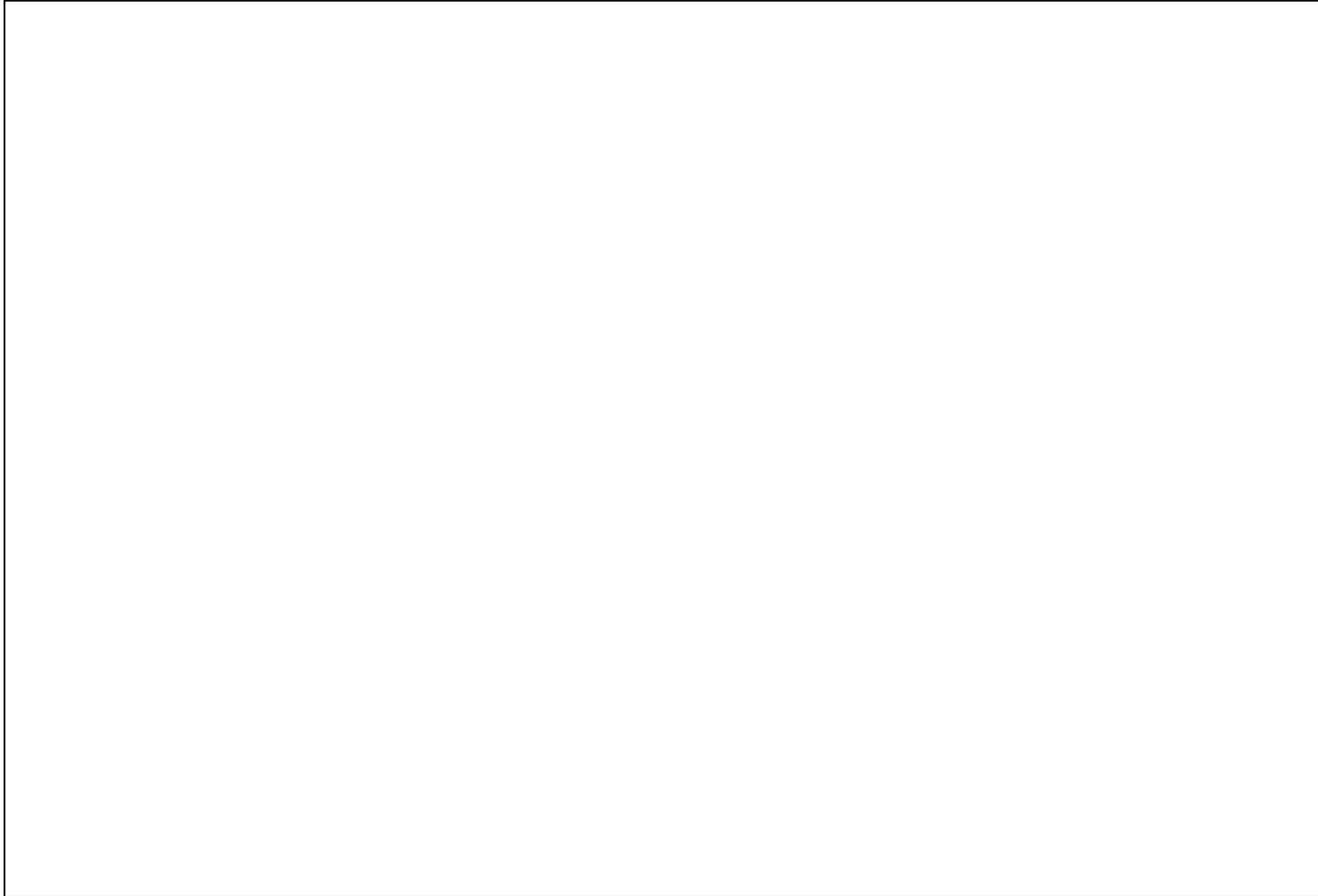
1.Especialidad _____

2.Nombre centro: _____

D.- En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia su niño/a NO ha asistido al colegio por problemas de salud?

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

Observaciones

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording observations or comments.

Fin del cuestionario. Gracias por su tiempo y cooperación!