

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

a) IDNUM NIÑO: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	b) FECHA CUESTIONARIO: ___/___/___
c) ENTREVISTADOR: _____	f) ENTREVISTADO: _____

e-mail: _____

Colegio: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Profesora: _____

Centro Médico _____ Pediatra _____

1. ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a? |__|__|

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1 Madre (1. Sí 2. No) | 3 Hermanos __ __ Número |
| 2 Padre (1. Sí 2. No) | 4 Abuelos __ __ Número |
| 5 Otros __ __ Número | |

1. a si son niños menores de 12 años especificar nº |__|__| y sus edades |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| años

2. ¿Quién es el principal cuidador del niño/a? (respuesta única, marcar solo una opción)

- | | | |
|---------|------------|----------------------------|
| 1 Madre | 3 Hermanos | 5 Otros. Especificar _____ |
| 2 Padre | 4 abuelos | 6 Ambos |

3. ¿Quién va a buscar al niño al colegio? (respuesta única, marcar solo una opción)

- | | | | |
|---------|-----------|----------------------|----------------------------|
| 1 Madre | 3 Ambos | 5 Transporte escolar | 7 Hermanos |
| 2 Padre | 4 Abuelos | 6 Canguro | 8 Otras. Especificar _____ |

4. Intente cuantificar cuál es el contexto lingüístico en casa:

- 1 Sólo castellano
- 2 Castellano a menudo, asturiano raramente.
- 3 Principalmente castellano, usando el asturiano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
- 4 Uso equitativo de asturiano y castellano (sin diferencias importantes).
- 5 Principalmente asturiano, usando el castellano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
- 6 Asturiano frecuentemente, castellano raramente.
- 7 Sólo asturiano.

Se habla otro idioma (únicamente o junto con valenciano/castellano)
 (Escribir si/no en el recuadro)

5. Intente cuantificar cuál es el contexto lingüístico en el colegio:

- 1 Sólo castellano
- 2 Castellano a menudo, asturiano raramente.
- 3 Principalmente castellano, usando el asturiano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
- 4 Uso equitativo de asturiano y castellano (sin diferencias importantes).
- 5 Principalmente asturiano, usando el castellano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
- 6 Asturiano frecuentemente, castellano raramente.
- 7 Sólo asturiano

Se habla otro idioma (únicamente o junto con valenciano/castellano)
 (Escribir si/no en el recuadro)

6. ¿Cuántas horas dedican en promedio un día entre semana las siguientes personas a las siguientes tareas?

(En horas y minutos)

	Madre	Pareja	Otros familiares
Tareas domésticas: limpiar, cocinar, comprar ...			
Cuidado de los niños			
Cuidado de familiares ancianos o discapacitados			

7. ¿Cuántas horas dedican en total el fin de semana las siguientes personas a las siguientes tareas?

(En horas y minutos)

	Madre	Pareja	Otros familiares
Tareas domésticas: limpiar, cocinar, comprar ...			
Cuidado de los niños			
Cuidado de familiares ancianos o discapacitados			

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

8. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas / cuidado de niños / cuidado de familiares ancianos o discapacitados?

- 1 Sí 2 No (Pasar a la pregunta 9)

8a. ¿Cuáles son sus funciones? (se puede marcar más de una opción)

- 1) Tareas domésticas 2) Cuidado de niños 3) Cuidado de familiares ancianos o discapacitados

8b ¿Con qué frecuencia acude esta persona? |__|__| horas-minutos/semana

9. ¿Tienen Vd. o su pareja alguna limitación o impedimento debido a problemas de salud para realizar las tareas enunciadas anteriormente (domésticas, cuidado de los niños o cuidado de familiares ancianos o discapacitados)?

	Madre	Pareja
Ninguna dificultad		
Alguna dificultad		
Mucha dificultad		

10. ¿Ha habido cambios respecto a la guardería que acudía su hijo/a en el último cuestionario? (la 10.2 y la 10.3 no son excluyentes, puede ser que haya cambiado de guardería antes de los 4 años y ahora vaya al colegio)

- 1 No (pasar a la pregunta 11) 2 Si (rellenar el cuadro donde corresponda)

	a1 Nombre	a2 Dirección	a3 Municipio	a4 Cuando acudió por primera vez	a5 Cuanto tiempo acude al día(h/min)
10.2 Si, ha cambiado de guardería					
10.3 Si, ahora acude al colegio					

11. En los últimos 12 meses, ¿Con q 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 3. Más de una vez al mes

12. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden?

1. No (pasar a pregunta 13) 2. Sí, cuantas horas (____horas-minutos/día)

12.2a1 Dirección: _____ n° _____ piso _____ puerta _____
Municipio: _____ CP: _____

12.2a2 ¿Cuántos meses tenía su hijo/a cuando acudió a esta casa por primera vez? _____

12.2b1 Dirección: _____ n° _____ piso _____ puerta _____
Municipio: _____ CP: _____

12.2b2 ¿Cuántos meses tenía su hijo/a cuando acudió a esta casa por primera vez? _____

13. ¿Acude su hijo/a a algún lugar de vacaciones o los fines de semana fuera de su domicilio habitual?

- 1 No (pasar a la pregunta 14) 2 Si (rellenar cuadro)

	Frecuencia	lugar
Vacaciones		
Fines de semana		

TIEMPO-ACTIVIDAD

14. ¿Cuanto tiempo dedica su hijo/a.....? HOJA PARA CASA

**CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS
LABORAL MADRE**

15. ¿Cual es su situación laboral actual.....?

1. Trabajadora por cuenta propia.....horas-minutos/semana **Trabajo Actual:**
2. Trabajadora por cuenta ajena.....horas-minutos/semana
3. Parada
4. Estudiante
5. Baja laboral. Motivo..... Desde cuando.....
6. Ama de casa
7. Otras..... Desde cuando.....

LABORAL PADRE

16. ¿Cual es su situación laboral actual.....?

1. Trabajador por cuenta propia.....horas-minutos/semana **Trabajo Actual:**
2. Trabajador por cuenta ajena.....horas-minutos/semana
3. Parado
4. Estudiante
5. Baja laboral. Motivo..... Desde cuando.....
6. Amo de casa
7. Otras..... Desde cuando.....

DORMITORIO DEL NIÑO/A

17. En los últimos 12 meses el niño/a ha dormido:

1. Solo/a (pasar a 18)
2. Con otras personas (pasar a 17.a) **17.a N° de personas por grupo de edad**
1. Niños menores de 12 años |__|
2. Entre 12-64 años |__|
3. Mayor de 65 años |__|

18. Cuantos años tiene el colchón actual del niño.....

19. Tipo de almohada de los últimos 12 meses:

- 1 plumas 2 espuma 3 otras sintéticas _____ 4 Ns/Nc

COCINA-CALEFACCIÓN-CALENTADOR DEL AGUA

20. ¿Qué tipo de cocina ha tenido los últimos 12 meses:

1. Gas natural 2. Gas butano o propano 3. Eléctrica 4. Otro.....

20.a ¿cuál ha sido la frecuencia de uso? (promedio semanal descartando el desayuno, solo comida y cena):

1. menos de una vez diaria 2. una vez diaria 3. más de una vez diaria

21. ¿Ha tenido horno de gas en los últimos 12 meses? 1. Si 2. No (Pasar a la pregunta 22)

21.a ¿cuál ha sido la frecuencia de uso? (realizar un promedio semanal):

1. menos de una vez diaria 2. una vez diaria 3. más de una vez diaria

22. ¿Cuál es la frecuencia con la que ha usado el extractor en los últimos 12 meses?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 4. No tiene extractor

23. ¿Ha abierto la ventana al cocinar en los últimos 12 meses? Se refiere a la ventana de la cocina

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca

24. Tipo de calefacción de los últimos 12 meses (no son excluyentes)

1. habitación del niño/a 2. Lugar de juegos 3. Resto de la casa

- a. Gas Natural..... [1] [2] [3] f. Chimenea abierta al exterior.. [1] [2] [3]
b. Gas butano o propano..... [1] [2] [3] g. Estufa de carbón o madera .. [1] [2] [3]
c. Gasoil..... [1] [2] [3] h. Otros..... [1] [2] [3]
d. Eléctrica..... [1] [2] [3]

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

		Horas	Minutos
1	Entre semana (1 día)		
2	Fin de semana (1 día)		

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

25. Calentador del agua de los últimos 12 meses

1. Gas Natural 2. Gas butano o propano 3. Eléctrico 4. Otros.....

25.a ¿cuál ha sido la frecuencia de uso? (realizar un promedio semanal):

1. menos de una vez diaria 2. una vez diaria 3. más de una vez diaria

26.b Ubicación:

1. Exterior *pasar a la pregunta 27* 2. Galeria 3. Interior
4. Otros: _____ **26.c ¿Existe ventilación?** 1. Sí 2. No

27. ¿Tiene aire acondicionado en su vivienda actualmente?

1. Sí 2. No (*pase a la pregunta 28*)

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

		Horas	Minutos
1	Entre semana (1 día)		
2	Fin de semana (1 día)		

CASA

28. ¿Ha tenido manchas de humedad en los últimos 12 meses? 1 Si 2 No (*pasar a la p.29*)

28. a Habitación del niño 1. Sí 2. No Lugar de juegos 1. Sí 2. No Resto de la casa 1. Sí 2. No

29. ¿Ha tenido moho en los últimos 12 meses? 1 Si 2 No (*pasar a la p. 30*)

29. a Habitación del niño 1. Sí 2. No Lugar de juegos 1. Sí 2. No Resto de la casa 1. Sí 2. No

30. ¿Ha tenido moqueta en los últimos 12 meses? 1 Si 2 No (*pasar a la p. 31*)

30. a Habitación del niño 1. Sí 2. No Lugar de juegos 1. Sí 2. No Resto de la casa 1. Sí 2. No

31. ¿Ha tenido alfombras en los últimos 12 meses? 1 Si 2 No (*pasar a la p. 32*)

31. a Habitación del niño 1. Sí 2. No Lugar de juegos 1. Sí 2. No Resto de la casa 1. Sí 2. No

32. ¿Ha tenido doble cristal en los últimos doce meses? 1 Si 2 No (*pasar a la p. 32*)

32. a Habitación del niño 1. Sí 2. No Lugar de juegos 1. Sí 2. No Resto de la casa 1. Sí 2. No

33. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna rotura de grifo en su vivienda? (recordar instrucciones)

- 1 Sí 2 No

34. ¿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 → *Passar a pregunta 34*

34. a Si Sí N° de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)): |__|__|

35. ¿Utiliza 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				
2. Amoniaco				
3. Limpia muebles líquido				
4. Sprays de limpieza muebles				
5. Sprays limpiavidrios				
6. Spray desengrasante (incluye sprays para la limpieza del horno)				
7. Disolventes (incluye quitamanchas)				
8. Ácidos, incluidos descalcificadores				
9. Sprays ambientadores				
10. Ambientadores enchufables o de otro tipo (no spray)				

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

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

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

ANIMALES DOMÉSTICOS

37. ¿Ha tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?(recordar instrucciones)

1 Si *Cumplimentar la tabla.*

2 No *Pasar a pregunta 37*

	36.a ¿Tiene ahora?		36.d Número	36.e ¿Viven en casa?		36.f ¿Duermen en hab. Niño?	
	Si	No		Si	No	Si	No
Perro/s	1	2		1	2	1	2
Gato/s	1	2		1	2	1	2
Pájaro/s	1	2		1	2	1	2
Hámster/s	1	2		1	2	1	2
	1	2		1	2	1	2

TABACO

38. ¿Fuma alguien de los que conviven con el niño/a? 1. Si 2. No *(pasar pregunta 38)*

38. a ¿Qué cantidad fuma/n (al día)? *(referido al promedio de los últimos 12 meses) En casa se refiere dentro de la casa. La terraza, un patio interior, un jardín, etc, se considera fuera de la casa*

	Si	No	38.a Total cig./día	38.b Cig./día en casa	38.c Fuma en casa en presencia del niño/a	38.d Fuma en el salón de casa
Madre	1	2	_ _ _	_ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Padre	1	2	_ _ _	_ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 1:	1	2	_ _ _	_ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca

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

1. SI 2. NO *(pasar a p.39)*

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.....

39. b. Con qué frecuencia:

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

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

MOLESTIAS

40. En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia pasan coches por la calle donde se encuentra su casa?

- 1 Continuamente 2 Con bastante frecuencia 3 Poco 4 Practicamente nunca

41. En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia pasan vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) por la calle donde se encuentra su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía)?

- 1 Continuamente 2 Con bastante frecuencia 3 Poco 4 Practicamente nunca

42. ¿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

Ninguna molestia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molestia insoportable

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

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

44. ¿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

Ninguna molestia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molestia insoportable

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

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

46. ¿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

Ninguna molestia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molestia insoportable

AGUA

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

1. Agua directa de la red (Pasar a pregunta 47)
 2. Agua de la red a través de depósito (de la casa o la finca)
 3. Pozo privado
 4. Otro origen (especificar) _____
 99 No sabe

48. Cuál es el origen principal del agua que bebe el niño/a en su residencia habitual? (solo el más frecuente)

- 1 Agua municipal (pasar a pregunta 40a)
 2 Pozo privado
 3 Agua embotellada
 4 Otro origen (especificar).....
 9 No sabe

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

2. No 1. Sí → Indicar tipo: _____

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

	49a.1Baño	49a.2Ducha
A la semana		
49.a. N° de veces a la semana	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Al mes (Si menos de una vez a la semana)		
49.b. Si menos de una vez a la semana, indicar n° de veces al mes	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Tiempo en el agua	49c.1Baño	49c.2Ducha
49.c. ¿Cuánto rato en promedio dura el baño o la ducha? En minutos		

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

1. Sí 2. No

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

1. por problemas en la piel 2. Por problemas de salud respiratoria
3. por otros problemas de salud 4. No le gusta 5. Otro motivo

Pasar a CD1

Intente pensar en las veces que su hijo/a se baña en cualquier tipo de piscina en los últimos 12 meses, en verano y el resto del año, incluyendo piscinas cubiertas, descubiertas, privadas o públicas.

Piscina descubierta:

50 a, 50a.2, 50a.4. ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En verano

50a.1, 50a.3, 50a.5 ¿Cuánto tiempo cada día?

50b, 50b.2, 50b.4. ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En resto del año

50b.1, 50b.3, 50b.5 ¿Cuánto tiempo cada día?

Piscina cubierta:

50c ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En verano

50c.1 ¿Cuánto tiempo cada día?

50d. ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En resto del año

50d.1 ¿Cuánto tiempo cada día?

		<u>Verano</u>		<u>Resto del año</u>	
		50a. N° de días al mes	50a.1 Tiempo en el recinto (min)	50b. N° de días al mes	50b.1 Tiempo en el recinto (min)
Piscina descubierta pública Nombre:..... Calle:.....N°.....CP..... Población..... Urbanización:.....		v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo
Piscina descubierta privada De obra De plástico	50x. ¿Se añade cloro?	50a.2 N° de días al mes	50a.3 Tiempo en el recinto (min)	50b.2 N° de días al mes	50b.3 Tiempo en el recinto (min)
	1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo
	50y. ¿Se añade cloro?	50a.4 N° de días al mes	50a.5 Tiempo en el recinto (min)	50b.4 N° de días al mes	50b.5 Tiempo en el recinto (min)
	1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo
Piscina cubierta Nombre:..... Calle:.....N°.....CP..... Población..... Urbanización:.....		<u>Verano</u>		<u>Resto del año</u>	
		50c. N° de días al mes	50c.1 Tiempo en el recinto (min)	50d. N° de días al mes	50d.1 Tiempo en el recinto (min)
		v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo

50.2 ¿A qué edad su hijo/a empezó a bañarse en la piscina cubierta al menos una vez a la semana?

|_|_| Años |_|_| meses

Aún no ha empezado

ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y CAMBIO DE DOMICILIO

CD1. ¿Ha cambiado de domicilio en los últimos 12 meses?

1. Si (*cuestionario cambio domicilio y actualización datos*) → CD1.a Fecha Cambio: ___/___/___
2. No (*FINALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO*)

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

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 niño | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| c. Cocina | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| e. Otras: | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |

CD9. Frecuencia con que pasan coches por la calle donde se encuentra su casa

1. Continuamente
2. Con bastante frecuencia
3. Poco
4. Practicamente nunca

CD10. Frecuencia con que pasan vehículos pesados por la calle donde se encuentra su casa

1. Continuamente
2. Con bastante frecuencia
3. Poco
4. Practicamente nunca

CD11. Distancia de su casa a una calle de tráfico continuo: m

DIRECCIONES ANTERIORES:

En el caso de que se haya cambiado de domicilio varias veces desde el cuestionario telefónico de los dos años, se deben de registrar todas las direcciones con la fecha de cambio en los siguientes recuadros:

Dirección 1		
Calle:	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio		CP
Fecha inicio	Fecha cambio	

Dirección 2		
Calle:	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio		CP
Fecha inicio	Fecha cambio	

OBSERVACIONES:

ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO DEL NIÑO/A (referida al último año)

<p>1. ¿Cuántas horas/ día duerme su hijo/a, excluida siesta? ___:___</p> <p>2. ¿Cuántos minutos de siesta suele dormir al día? _____ min</p> <p>3. ¿Cuántas horas ve su hijo/a la televisión/videos al día?</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p>a - Durante la semana:</p> <p>① Nunca o casi nunca</p> <p>② Menos de 1/2 hora al día</p> <p>③ Entre ½ y <1 hora / día</p> <p>④ Aprox. 1 hora / día</p> <p>⑤ 2 horas / día</p> <p>⑥ 3 horas / día</p> <p>⑦ 4 o más horas / día</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p>b – Fin de semana:</p> <p>① Nunca o casi nunca</p> <p>② Menos de 1/2 hora al día</p> <p>③ Entre ½ a <1 hora / día</p> <p>④ Aprox. 1 hora / día</p> <p>⑤ 2 horas / día</p> <p>⑥ 3 horas / día</p> <p>⑦ 4 o más horas / día</p> </td> </tr> </table>	<p>a - Durante la semana:</p> <p>① Nunca o casi nunca</p> <p>② Menos de 1/2 hora al día</p> <p>③ Entre ½ y <1 hora / día</p> <p>④ Aprox. 1 hora / día</p> <p>⑤ 2 horas / día</p> <p>⑥ 3 horas / día</p> <p>⑦ 4 o más horas / día</p>	<p>b – Fin de semana:</p> <p>① Nunca o casi nunca</p> <p>② Menos de 1/2 hora al día</p> <p>③ Entre ½ a <1 hora / día</p> <p>④ Aprox. 1 hora / día</p> <p>⑤ 2 horas / día</p> <p>⑥ 3 horas / día</p> <p>⑦ 4 o más horas / día</p>	<p>7. ¿Cómo suele su hijo/a ir al /volver del colegio los días más típicos? Min/día *Si camina >10 minutos + otro metodo, especifica los 2 **Si a la vuelta hace una actividad extraescolar o va a otra casa después del colegio, contar el tiempo (y transporte/s) del colegio a lugar donde hace la actividad + del lugar donde hace la actividad a casa)</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>① Caminando</td> <td>mins/día: (ir ___ volver ___)</td> </tr> <tr> <td>② En bus</td> <td>min./día (ir ___ volver ___)</td> </tr> <tr> <td>③ En coche/taxi</td> <td>min./día (ir ___ volver ___)</td> </tr> <tr> <td>④ En tren/metro/tranvía:</td> <td>min./día (ir ___ volver ___)</td> </tr> <tr> <td>⑤ En bicicleta llevado/a</td> <td>min./día (ir ___ volver ___)</td> </tr> <tr> <td>⑥ En motocicleta</td> <td>min./día (ir ___ volver ___)</td> </tr> <tr> <td>⑦ Otra (especificar)</td> <td>min./día (ir ___ volver ___)</td> </tr> </table>	① Caminando	mins/día: (ir ___ volver ___)	② En bus	min./día (ir ___ volver ___)	③ En coche/taxi	min./día (ir ___ volver ___)	④ En tren/metro/tranvía:	min./día (ir ___ volver ___)	⑤ En bicicleta llevado/a	min./día (ir ___ volver ___)	⑥ En motocicleta	min./día (ir ___ volver ___)	⑦ Otra (especificar)	min./día (ir ___ volver ___)																																																																										
<p>a - Durante la semana:</p> <p>① Nunca o casi nunca</p> <p>② Menos de 1/2 hora al día</p> <p>③ Entre ½ y <1 hora / día</p> <p>④ Aprox. 1 hora / día</p> <p>⑤ 2 horas / día</p> <p>⑥ 3 horas / día</p> <p>⑦ 4 o más horas / día</p>	<p>b – Fin de semana:</p> <p>① Nunca o casi nunca</p> <p>② Menos de 1/2 hora al día</p> <p>③ Entre ½ a <1 hora / día</p> <p>④ Aprox. 1 hora / día</p> <p>⑤ 2 horas / día</p> <p>⑥ 3 horas / día</p> <p>⑦ 4 o más horas / día</p>																																																																																										
① Caminando	mins/día: (ir ___ volver ___)																																																																																										
② En bus	min./día (ir ___ volver ___)																																																																																										
③ En coche/taxi	min./día (ir ___ volver ___)																																																																																										
④ En tren/metro/tranvía:	min./día (ir ___ volver ___)																																																																																										
⑤ En bicicleta llevado/a	min./día (ir ___ volver ___)																																																																																										
⑥ En motocicleta	min./día (ir ___ volver ___)																																																																																										
⑦ Otra (especificar)	min./día (ir ___ volver ___)																																																																																										
<p>4. Fuera del colegio, ¿cuánto tiempo dedica su hijo/a al día a otros uegos o actividades sedentarios (Ej. puzzles, leer, muñecas/juegos, deberes, etc.)? (Excluir televisión/videos y Wii-sports).</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p>a - Durante la semana:</p> <p>① Casi nunca</p> <p>② Aprox. 1 hora / día</p> <p>③ Aprox. 2 hora / día</p> <p>④ Aprox. 3 hora / día</p> <p>⑤ Aprox. 4 hora / día</p> <p>⑥ Aprox. 5 hora / día</p> <p>⑦ 6+ horas / día</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p>b – Fines de semana:</p> <p>① Casi nunca</p> <p>② Aprox. 1 hora / día</p> <p>③ Aprox. 2 hora / día</p> <p>④ Aprox. 3 hora / día</p> <p>⑤ Aprox. 4 hora / día</p> <p>⑥ Aprox. 5 hora / día</p> <p>⑦ 6+ horas / día</p> </td> </tr> </table>	<p>a - Durante la semana:</p> <p>① Casi nunca</p> <p>② Aprox. 1 hora / día</p> <p>③ Aprox. 2 hora / día</p> <p>④ Aprox. 3 hora / día</p> <p>⑤ Aprox. 4 hora / día</p> <p>⑥ Aprox. 5 hora / día</p> <p>⑦ 6+ horas / día</p>	<p>b – Fines de semana:</p> <p>① Casi nunca</p> <p>② Aprox. 1 hora / día</p> <p>③ Aprox. 2 hora / día</p> <p>④ Aprox. 3 hora / día</p> <p>⑤ Aprox. 4 hora / día</p> <p>⑥ Aprox. 5 hora / día</p> <p>⑦ 6+ horas / día</p>	<p>8. ¿Dónde suele ir a jugar al aire libre?</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><u>Entre semana</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Fines de semana</u></td> </tr> <tr> <td>Parque infantil</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">①</td> </tr> <tr> <td>Calle peatonal</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>Patio o terraza de la casa</td> <td style="text-align: center;">③</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>Otro parque (no-infantil)</td> <td style="text-align: center;">④</td> <td style="text-align: center;">④</td> </tr> <tr> <td>Otro (especificar) _____</td> <td style="text-align: center;">⑤</td> <td style="text-align: center;">⑤</td> </tr> </table> <p>9. A que distancia de su casa está este lugar de juego?</p> <p>① Andando _____ minutos</p> <p>② En coche o taxi _____ minutos</p> <p>③ En bici _____ minutos</p> <p>④ En bus _____ minutos</p> <p>⑤ Otro (especificar) _____ minutos</p>		<u>Entre semana</u>	<u>Fines de semana</u>	Parque infantil	①	①	Calle peatonal	②	②	Patio o terraza de la casa	③	③	Otro parque (no-infantil)	④	④	Otro (especificar) _____	⑤	⑤																																																																						
<p>a - Durante la semana:</p> <p>① Casi nunca</p> <p>② Aprox. 1 hora / día</p> <p>③ Aprox. 2 hora / día</p> <p>④ Aprox. 3 hora / día</p> <p>⑤ Aprox. 4 hora / día</p> <p>⑥ Aprox. 5 hora / día</p> <p>⑦ 6+ horas / día</p>	<p>b – Fines de semana:</p> <p>① Casi nunca</p> <p>② Aprox. 1 hora / día</p> <p>③ Aprox. 2 hora / día</p> <p>④ Aprox. 3 hora / día</p> <p>⑤ Aprox. 4 hora / día</p> <p>⑥ Aprox. 5 hora / día</p> <p>⑦ 6+ horas / día</p>																																																																																										
	<u>Entre semana</u>	<u>Fines de semana</u>																																																																																									
Parque infantil	①	①																																																																																									
Calle peatonal	②	②																																																																																									
Patio o terraza de la casa	③	③																																																																																									
Otro parque (no-infantil)	④	④																																																																																									
Otro (especificar) _____	⑤	⑤																																																																																									
<p>4b. Suele su hijo jugar con la Wii-sports? ⑦ No sabe / no contesta</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">① Nunca/casi nunca</td> <td style="width:50%;">④ 3-4 h / semana (1/2h/día)</td> </tr> <tr> <td>② < 1 h / semana</td> <td>⑤ 5-6 h/ semana</td> </tr> <tr> <td>③ 1-2 h / semana</td> <td>⑥ ≥ 7 h/ semana (≥1h/día)</td> </tr> </table>	① Nunca/casi nunca	④ 3-4 h / semana (1/2h/día)	② < 1 h / semana	⑤ 5-6 h/ semana	③ 1-2 h / semana	⑥ ≥ 7 h/ semana (≥1h/día)	<p>10. ¿Cual es el deporte/actividad más común de su hijo?</p> <p>① Bicicleta/tricicleta/patinete</p> <p>② Fútbol</p> <p>③ Correr/saltar</p> <p>④ Natación</p> <p>⑤ Otro (especificar) _____</p>																																																																																				
① Nunca/casi nunca	④ 3-4 h / semana (1/2h/día)																																																																																										
② < 1 h / semana	⑤ 5-6 h/ semana																																																																																										
③ 1-2 h / semana	⑥ ≥ 7 h/ semana (≥1h/día)																																																																																										
<p>5. ¿Cuánto tiempo suele hacer actividades físicas durante el horario escolar? Incluir piscina y jugando en el patio.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th colspan="5">Horas</th> <th colspan="2">Minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lunes</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Martes</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Miércoles</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Jueves</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Viernes</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Horas					Minutos		Lunes	0	1	2	3	4	0	30	Martes	0	1	2	3	4	0	30	Miércoles	0	1	2	3	4	0	30	Jueves	0	1	2	3	4	0	30	Viernes	0	1	2	3	4	0	30	<p>11. Globalmente, considerando toda su actividad física (AF): ¿cómo considera usted a su hijo/a? ⑥ NS/NC</p> <p>① Sedentario/a: sentado casi siempre, sin práctica de AF o deportes, bajo cuidados.</p> <p>② Poco activo/a: actividades sentadas, escasa AF o deportes</p> <p>③ Moderadamente activo/a: poco tiempo sentado, ligera AF o deportes.</p> <p>④ Bastante activo/a: casi siempre de pie, frecuente AF o deportes.</p> <p>⑤ Muy activo/a: siempre de pie/moviéndose, intensa AF o deportes a diario)</p>																																										
Día	Horas					Minutos																																																																																					
Lunes	0	1	2	3	4	0	30																																																																																				
Martes	0	1	2	3	4	0	30																																																																																				
Miércoles	0	1	2	3	4	0	30																																																																																				
Jueves	0	1	2	3	4	0	30																																																																																				
Viernes	0	1	2	3	4	0	30																																																																																				
<p>6. ¿Cuánto tiempo suele hacer de actividad física EXTRA ESCOLAR ORGANIZADA (Ej clase de baile/natación/etc) o NO-ORGANIZADA como jugar en patio/parque, ir en bici/scooter, correr, saltar, patinar, nadar, gimnasia, etc. (Excluir Wii y el viaje al colegio).</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Actividad(es)</th> <th colspan="5">Horas</th> <th colspan="2">Minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lunes</td> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Martes</td> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Miércoles</td> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Jueves</td> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Viernes</td> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Sábado</td> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>Domingo</td> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>0</td><td>30</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Actividad(es)	Horas					Minutos		Lunes		0	1	2	3	4	0	30	Martes		0	1	2	3	4	0	30	Miércoles		0	1	2	3	4	0	30	Jueves		0	1	2	3	4	0	30	Viernes		0	1	2	3	4	0	30	Sábado		0	1	2	3	4	0	30	Domingo		0	1	2	3	4	0	30	<p>(RELATIVA A MADRE Y PADRE) 12. Considerando toda la actividad física habitual en el trabajo u ocupación principal, en el hogar y el tiempo libre: ¿cómo se considera usted su actividad y la de su pareja en la actualidad? ⑥ NS/NC</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><u>madre</u></td> <td style="text-align: center;"><u>padre</u></td> </tr> <tr> <td>① Muy ligera o Sedentario/a</td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td>② Ligera o poco activo/a</td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td>③ Moderadamente activo/a</td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td>④ Bastante activo/a:</td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td>⑤ Muy activo/a:</td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> </table>		<u>madre</u>	<u>padre</u>	① Muy ligera o Sedentario/a	_	_	② Ligera o poco activo/a	_	_	③ Moderadamente activo/a	_	_	④ Bastante activo/a:	_	_	⑤ Muy activo/a:	_	_
Día	Actividad(es)	Horas					Minutos																																																																																				
Lunes		0	1	2	3	4	0	30																																																																																			
Martes		0	1	2	3	4	0	30																																																																																			
Miércoles		0	1	2	3	4	0	30																																																																																			
Jueves		0	1	2	3	4	0	30																																																																																			
Viernes		0	1	2	3	4	0	30																																																																																			
Sábado		0	1	2	3	4	0	30																																																																																			
Domingo		0	1	2	3	4	0	30																																																																																			
	<u>madre</u>	<u>padre</u>																																																																																									
① Muy ligera o Sedentario/a	_	_																																																																																									
② Ligera o poco activo/a	_	_																																																																																									
③ Moderadamente activo/a	_	_																																																																																									
④ Bastante activo/a:	_	_																																																																																									
⑤ Muy activo/a:	_	_																																																																																									

SUPLEMENTOS NIÑO

1. Durante el último año, ¿ha tomado su hijo/a suplementos de vitaminas o minerales?

	Nombre comercial y presentación	Dosis semanal dosis./sem.	Pauta habitual de uso (en el año)	¿Sigue tomándolo?	Si no, fecha de finalización
a. Preparados de Calcio/ Vit. D	_____	_____	① <1 mes ② 1-3 m ③ 4-6 m ④ 7-9 m ⑤ 10-12 m	1 Si 2 No	___/___
b. Preparados de hierro	_____	_____	① ② ③ ④ ⑤	1 Si 2 No	___/___

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

c. Multivitaminas	-----	-----	①	②	③	④	⑤	1 Si 2 No	___/___
d. Otros suplementos	-----	-----	①	②	③	④	⑤	1 Si 2 No	___/___

2. ¿Utiliza sal yodada normalmente para cocinar/aliñar? ①No ②Si ③ No sabe Marca: _____

OTROS HÁBITOS DIETÉTICOS DEL NIÑO/A:

<p>2. ¿Ha seguido su hijo/a algún tipo de dieta en el último año? (Si responde NO pasar a pregunta 4)</p> <p align="center">① No ② Sí ③ No sabe/No contesta</p> <p>3. ¿Podría indicar el motivo de seguir esta dieta? Puede marcar más de una respuesta</p> <p>① para controlar su peso (sobrepeso) ② para controlar su peso (delgadez) ③ por razones médicas ¿cual? _____</p> <p>4. Respecto al tamaño de las porciones o cantidades que toma su hijo/a en las comidas habitualmente, ¿Cómo diría usted que son?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Lácteos</th> <th>Carne</th> <th>Pescado</th> <th>F & V</th> <th>Dulces</th> <th>Pasta/arroz/Legu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PEQUEÑA</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> <td>⑥</td> </tr> <tr> <td>MEDIANA</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> <td>⑥</td> </tr> <tr> <td>GRANDE</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> <td>⑥</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. ¿Ha acudido su hijo/a al <u>comedor escolar</u> este último año?</p> <p>① No acude (<i>si no acude, pasar a pregunta 7</i>) ② <1 vez/sem ③ 1-3 veces/sem ④ 4-5 veces/sem ⑤ Ns/Nc</p> <p>6. ¿Conoce lo que come habitualmente su hijo/a en el <u>comedor escolar</u>?</p> <p>① No ② Sí, se lo pregunto a mi hijo/a ③ Sí, lo pregunto a los responsables del comedor escolar ④ Sí, me envían el menú escolar periódicamente ⑤ Ns/Nc</p> <p>7. Habitualmente, ¿cuántas veces a la semana toma en el comedor escolar (proporcionado allí) o en casa:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>comedor escolar</u></th> <th><u>casa</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① Desayuno</td> <td> ___ veces/sem</td> <td> ___ veces/sem</td> </tr> <tr> <td>② Almuerzo (recreo)</td> <td> ___ veces/sem</td> <td> ___ veces/sem</td> </tr> <tr> <td>③ Comida medio día</td> <td> ___ veces/sem</td> <td> ___ veces/sem</td> </tr> <tr> <td>④ Merienda</td> <td> ___ veces/sem</td> <td> ___ veces/sem</td> </tr> <tr> <td>⑤ Cena</td> <td> ___ veces/sem</td> <td> ___ veces/sem</td> </tr> <tr> <td>⑥ "Pica algo"</td> <td> ___ veces/sem</td> <td> ___ veces/sem</td> </tr> </tbody> </table> <p>8. ¿Con qué frecuencia come o pica su hijo/a en restaurantes de COMIDA RAPIDA (FAST FOOD, McDonalds, Burger-King, etc.) alimentos como hamburguesas, patatas fritas, perritos (Frankfurt/hotdog), pizza, etc.?</p> <p>① 3 o más veces por semana. ② 2-3 veces por semana. ③ 1 vez por semana. ④ 1-3 veces al mes ⑤ Nunca ⑥ Ns/Nc</p> <p>8bis. ¿Cuándo fue la última vez que acudió su hijo/a a restaurante de comida rápida?</p> <p>① Últimos 7 días. ② Último mes. ③ Últimos 2-3 meses. ④ Nunca ⑤ Ns/Nc</p> <p>9. ¿Con qué frecuencia come o pica su hijo/a en otros tipos de restaurantes?</p> <p>① 3 o más veces por semana. ② 2-3 veces por semana. ③ 1 vez por semana. ④ 1-3 veces al mes ⑤ Nunca ⑥ Ns/Nc</p>		Lácteos	Carne	Pescado	F & V	Dulces	Pasta/arroz/Legu	PEQUEÑA	①	②	③	④	⑤	⑥	MEDIANA	①	②	③	④	⑤	⑥	GRANDE	①	②	③	④	⑤	⑥		<u>comedor escolar</u>	<u>casa</u>	① Desayuno	___ veces/sem	___ veces/sem	② Almuerzo (recreo)	___ veces/sem	___ veces/sem	③ Comida medio día	___ veces/sem	___ veces/sem	④ Merienda	___ veces/sem	___ veces/sem	⑤ Cena	___ veces/sem	___ veces/sem	⑥ "Pica algo"	___ veces/sem	___ veces/sem	<p>10. ¿Con qué frecuencia come comidas fritas?</p> <p>① A diario. ② 5-6 veces por semana. ③ 2-4 veces por semana. ④ 1 vez por semana. ⑤ Menos de 1 vez por semana ⑥ Ns/Nc</p> <p>10bis. Cuando come fruta, ¿con qué frecuencia la come pelada?</p> <p>① Prácticamente siempre ② A menudo ③ A veces ④ Casi nunca o nunca ⑤ Ns/Nc</p> <p>11. ¿Con que frecuencia mira la televisión o ve videos su hijo/a cuando hace una comida (desayuno, comida o cena,)?</p> <p>① Prácticamente siempre ② A menudo ③ A veces ④ Casi nunca o nunca ⑤ Ns/Nc</p> <p>12. ¿Cuándo come carne, cómo de hecha le gusta?</p> <p>① No come carne (<i>pasar a pregunta 15</i>) ② Cruda ③ Poco hecha ④ Hecha ⑤ Muy hecha. ⑥ Ns/Nc</p> <p>13. ¿Cuándo come carne, qué hace Vd. con la grasa visible?</p> <p>① Se la quita toda. ② Quita la mayoría. ③ Quita un poco. ④ No quita nada. ⑤ Ns/Nc</p> <p>14. ¿Cómo suele comer la carne</p> <p>① A la plancha. ② A la parrilla (grill) ③ Asada (horno) ④ Frita en aceite ⑤ Guisada ⑥ Ns/Nc</p> <p>15. ¿Qué clase de grasa o aceite suele usar en casa para:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mantequilla</th> <th>Margarina</th> <th>Ac.Oliva</th> <th>Ac.O.virgen</th> <th>Maiz/Girasol</th> <th>Mezcla Aceites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ALIÑAR</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> <td>⑥</td> </tr> <tr> <td>COCINAR</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> <td>⑥</td> </tr> <tr> <td>FREIR</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> <td>⑥</td> </tr> </tbody> </table> <p>16. ¿Cómo describiría la salud de su hijo/a?</p> <p>① Muy buena. ② Buena ③ Regular ④ Mala ⑤ Muy mala ⑥ Ns/Nc</p> <p>17. ¿Qué diría usted sobre la <u>calidad</u> de la dieta de su hijo/a?</p> <p>① Muy buena. ② Buena ③ Regular ④ Mala ⑤ Muy mala ⑥ Ns/Nc</p> <p>18. ¿Qué diría usted sobre la <u>cantidad que suele comer</u> su hijo/a?</p> <p>① Come muy poco (deja mucho y/o muchas veces). ② Come poco (deja bastantes veces) ③ Come normal (deja a veces) ④ Come más de lo normal (deja rara vez) ⑤ Come demasiado (no deja nunca, repite) ⑥ Ns/Nc</p> <p>19. ¿Piensa usted que su hijo/a está...</p> <p>① Muy por debajo de su peso ② Ligeramente por debajo de su peso ③ En su peso correcto ④ Ligeramente por encima de su peso ⑤ Muy por encima de su peso ⑥ Ns/Nc</p>		Mantequilla	Margarina	Ac.Oliva	Ac.O.virgen	Maiz/Girasol	Mezcla Aceites	ALIÑAR	①	②	③	④	⑤	⑥	COCINAR	①	②	③	④	⑤	⑥	FREIR	①	②	③	④	⑤	⑥
	Lácteos	Carne	Pescado	F & V	Dulces	Pasta/arroz/Legu																																																																								
PEQUEÑA	①	②	③	④	⑤	⑥																																																																								
MEDIANA	①	②	③	④	⑤	⑥																																																																								
GRANDE	①	②	③	④	⑤	⑥																																																																								
	<u>comedor escolar</u>	<u>casa</u>																																																																												
① Desayuno	___ veces/sem	___ veces/sem																																																																												
② Almuerzo (recreo)	___ veces/sem	___ veces/sem																																																																												
③ Comida medio día	___ veces/sem	___ veces/sem																																																																												
④ Merienda	___ veces/sem	___ veces/sem																																																																												
⑤ Cena	___ veces/sem	___ veces/sem																																																																												
⑥ "Pica algo"	___ veces/sem	___ veces/sem																																																																												
	Mantequilla	Margarina	Ac.Oliva	Ac.O.virgen	Maiz/Girasol	Mezcla Aceites																																																																								
ALIÑAR	①	②	③	④	⑤	⑥																																																																								
COCINAR	①	②	③	④	⑤	⑥																																																																								
FREIR	①	②	③	④	⑤	⑥																																																																								

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

1. En los últimos 12 meses, si ha cambiado su compra de alimentación (ej debido a precios, disponibilidad de tiempo o de alimentos) ¿cuales son los 2 factores más importantes que han influido estos cambios?

No ha cambiado la compra (ir a pregunta 2) _____

Primer factor: ① Precio de la alimentación
② Disponibilidad de la alimentación
③ Disponibilidad de tiempo
④ Otra (especificar) _____

Segundo factor: ① Precio de la alimentación
② Disponibilidad de la alimentación
③ Disponibilidad de tiempo
④ Otra (especificar) _____

1d. ¿Cómo ha cambiado la compra de los siguientes tipos de alimentos para su familia?

Frutas	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Verduras	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Pescado	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Carnes	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Lácteos	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Comidas preparadas (pizza, lasaña, etc)	① Aumentado cantd	② Disminuido cantldad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningun cambio

2. ¿Pide su hijo/a alimentos/bebidas que se ve en anuncios de la tele? ① Si, a menudo ____ ② Si a veces ____ ③ Nunca ____ ④ Ns/Nc _

2a. ¿Cuáles son los 2 ítems que más frecuentemente pide su hijo/a (indicar ranking)?

1. Patatas chips, cortezas o parecidos	①	②
2. Hamburguesas o pizzas	①	②
3. Caramelos, golosinas	①	②
4. Yogur o petit suisse	①	②
5. Bollería o galletas	①	②
6. Flan, pudín, natilla, helados o similares	①	②
7. Fruta	①	②
8. Otro alimento (especificar) _____	①	②
9. Refrescos (colas, fanta etc)	①	②
10. Zumos envasados	①	②
11. Agua	①	②
12. Leche	①	②
13. Otras bebidas lácteas	①	②
14. Otra bebida (especificar) _____	①	②

Preguntas sobre consumo de alimentos y bebidas potencialmente con contaminantes (ej. Bisfenol A).

3. Suele comprar productos enriquecidos o fortificados para su hijo, aparte de los especificados anteriormente (ej leche fortificado, yogur probio, pan/galletas integrales). Por ejemplo, suele comprar algún zumo, caldo, pan, galletas, bollería, papillas, yogur etc con omega 3/DHA, acido fólico u otro nutriente añadido?

1. sí, a menudo 2. sí, a veces 3. nunca 9. ns/nc

esp 2 productos mas comunes: _____

4. Suele comprar verduras y/o frutas ecológicas

1. sí, a menudo 2. sí, a veces 3. nunca 9 ns/nc

5. ¿Con qué frecuencia consume su hijo/a comidas guardadas en recipientes de plástico (taperware)?

- ① diariamente
- ② 4-6 veces por semana.
- ③ 2-3 veces por semana.
- ④ 1 vez por semana.
- ⑤ 1-3 veces al mes
- ⑥ Nunca (opasar a pregunta 4) ⑦ Ns/Nc

6. Cuando su hijo come la comida que le prepara en el taperware u otros recipientes de plástico, antes de consumirla suele:

- ① Calentarla mucho y dejarla enfriar para luego comer.
- ② Calentarla un poquito.
- ③ No la calienta ④ Ns/Nc

7. ¿Con qué frecuencia consume su hijo/a alimentos o refrescos enlatados, como conservas de atún, maíz, latas de refresco, etc.?

- ① diariamente
- ② 4-6 veces por semana.
- ③ 2-3 veces por semana.
- ④ 1 vez por semana.
- ⑤ 1-3 veces al mes
- ⑥ Nunca (opasar a pregunta 4) ⑦ Ns/Nc

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

8. ¿Con qué frecuencia consume su hijo/a alimentos envasados en plásticos, como fiambres, quesos, verduras, etc.?

- ① diariamente
- ② 4-6 veces por semana.
- ③ 2-3 veces por semana.
- ④ 1 vez por semana.
- ⑤ 1-3 veces al mes
- ⑥ Nunca (*opasar a pregunta 4*)
- ⑨ Ns/Nc

Consumo de suplementos vitamínicos o minerales (Referido al último año) MADRE					
1. ¿Utiliza sal yodada normalmente para cocinar/aliñar? ① No ② Si ③ No sabe (si responde ② Si Indicar fecha aproximada inicio: (mes/año) : ___/___/___)					Marca: _____
2. Durante el último año, ¿ha tomado suplementos de vitaminas o minerales?					
	Marca y presentación	Dosis /SE M	Pauta habitual de uso (en el año) ① <1 mes ② 1-3m ③ 4-6m ④ 7-9m ⑤ 10-12m	¿Sigue tomándolo?	Si no, fecha de finalización
a. Multivitaminas o Minerales			① ② ③ ④ ⑤	1 Si 2 No	___/___/___
b. Multivitaminas o Minerales			① ② ③ ④ ⑤	1 Si 2 No	___/___/___
c. Otros suplementos			① ② ③ ④ ⑤	1 Si 2 No	___/___/___
d. Otros suplementos			① ② ③ ④ ⑤	1 Si 2 No	___/___/___

1. ¿Ha seguido usted algún tipo de dieta en el último año?

(Si responde NO pasar a pregunta 3)

- ① No ② Sí ③ No sabe/No contesta

2. ¿Podría indicar el motivo de seguir esta dieta? *Puede marcar más de una respuesta*

- ① para controlar su peso
- ② porque tiene colesterol
- ③ porque tiene azúcar o diabetes
- ④ porque tiene problemas de estómago
- ⑤ porque tiene problemas de vesícula o hígado
- ⑥ porque tiene problemas de tensión alta o de corazón
- ⑦ porque tiene problemas de riñón
- ⑧ porque tiene alergia a algunos alimentos
- ⑨ porque tiene ácido úrico o gota
- ⑩ porque es vegetariana
- ⑪ por otro motivo, ¿cual? _____

3. Desde la última entrevista ¿cómo ha cambiado su ingesta para los siguientes grupos de alimentos, con respecto a la del año antes del embarazo?

	Eliminado ↓	Igual	↑	Ns/Nc
a. Lácteos y derivados	①	②	③	④
b. Huevos	①	②	③	④
c. Carne	①	②	③	④
d. Pescado	①	②	③	④
e. Verduras	①	②	③	④
f. Legumbres	①	②	③	④
g. Frutas	①	②	③	④
h. Pan	①	②	③	④
i. Aceite de oliva	①	②	③	④
j. Mantequilla/margarina	①	②	③	④
k. Azúcar/dulces	①	②	③	④
l. Bebidas alcohólicas	①	②	③	④

4. ¿Con qué frecuencia come comidas fritas?

- ① A diario.
- ② 5-6 veces por semana.
- ③ 2-4 veces por semana.
- ④ 1 vez por semana.
- ⑤ Menos de 1 vez por semana.
- ⑨ Ns/Nc

5. ¿Cuándo come carne, cómo de hecha le gusta comerla?

- ① No como carne (*pasar a pregunta 9*)
- ② Cruda
- ③ Poco hecha
- ④ Hecha
- ⑤ Muy hecha.
- ⑨ Ns/Nc

6. ¿Qué hace Vd. con la grasa visible, cuando come carne?

- ① La quita toda.
- ② Quita la mayoría.
- ③ Quita un poco.
- ④ No quita nada.
- ⑨ Ns/Nc

7. ¿Cómo suele comer la carne

	Veces al				
	Nunca	Mes	Semana	Día	Ns/Nc
a. A la plancha	___	___	___	___	___
b. A la parrilla (grill)	___	___	___	___	___
c. Asada (horno)	___	___	___	___	___
d. Frita en aceite	___	___	___	___	___
e. Guisada	___	___	___	___	___

8. ¿Cómo de frecuente come lo tostado o quemado de la carne?

- ① Nunca o menos de una vez al mes
- ② Una vez al mes
- ③ 2-3 veces al mes
- ④ 1 vez a la semana
- ⑤ 2 o más veces a la semana
- ⑨ Ns/Nc

9. ¿Cómo de frecuente come la parte tostada del pescado?

- ① Nunca o menos de una vez al mes
- ② Una vez al mes
- ③ 2-3 veces al mes
- ④ 1 vez a la semana
- ⑤ 2 o más veces a la semana
- ⑨ Ns/Nc

10. ¿Cómo de frecuente come el tostado (*socarrat*) de la paella?

- ① Nunca o menos de una vez al mes
- ② Una vez al mes
- ③ 2-3 veces al mes
- ④ 1 vez a la semana
- ⑤ 2 o más veces a la semana
- ⑨ Ns/Nc

11. ¿Qué clase de grasa o aceite usa para:

	Mantequilla	Margarina	Ac.Oliva	Ac.Ol virgen	Ac. Veg	Mezcla Aceites
ALIÑAR	___	___	___	___	___	___
COCINAR	___	___	___	___	___	___
FREIR	___	___	___	___	___	___

ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO (referida al último año y a lo que hace habitualmente)

- ¿Podría indicarme Vd. cuántas horas al día suele dormir, **incluida la siesta**? _____ horas
- ¿Cuántos minutos de **siesta** suele dormir al día? _____ min.
- ¿Cuántas horas ve usted la televisión, a la semana? (ajustar al número entero más cercano) _____ horas
- En su actividad en el trabajo u ocupación principal está...
 - Casi siempre sentado
 - Sentado la mitad del tiempo
 - Casi siempre de pie, quieto
 - Casi siempre caminando, levantando y llevando pocas cosas
 - Casi siempre caminando, levantando y llevando muchas cosas
 - Trabajo manual pesado
- ¿Cuánto tiempo camina o hace bicicleta al día?
 - Casi nunca
 - Menos de 20 minutos al día
 - 20-40 minutos al día
 - 40-60 minutos al día
 - Entre 1 y 1 hora y media al día
 - Más de 1 hora y media al día
- ¿Cuánto tiempo dedica a actividades o tareas en casa?
 - Menos de 1 hora al día
 - 1-2 horas / día
 - 3-4 horas / día
 - 5-6 horas / día
 - 7-8 horas / día
 - Más de 8 horas / día

- En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedica a ver televisión, ordenador o leer?
 - Menos de 1 hora al día
 - 1 hora / día
 - 2 horas / día
 - 3 horas / día
 - 4 horas / día
 - 5-6 horas / día
 - Más de 6 horas / día
- En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedica a hacer ejercicio o deporte
 - Menos de 1 hora a la semana
 - 1 hora / semana
 - 2 horas / semana
 - 3 horas / semana
 - 4-5 horas / semana
 - Más de 5 horas / semana
- Considerando **toda** su actividad física (trabajo u ocupación principal, hogar y tiempo libre), ¿cómo se considera Vd.?
 - Sedentaria** (sentado casi siempre, sin actividad física, sin deporte, bajo cuidados).
 - Poco activa** (profesiones o actividades sentadas, amas de casa con electrodomésticos, escaso deporte).
 - Moderadamente activa** (trabajos manuales, amas de casa sin electrodomésticos, deporte ligero, etc)
 - Bastante activa** (trabajos o actividades de pie-andando, deporte intenso, etc.).
 - Muy activa** (Trabajo muy vigoroso, deporte fuerte diario)
 - No sabe / no contesta

PREGUNTAS SOBRE ETIQUETADO Y OTROS HABITOS (referidas al último año)

- ¿Quién realiza la compra de la comida habitualmente?

Hombre Mujer Juntos (pareja actual)

Otros: especificar _____
- ¿Qué factor considera más importante a la hora de adquirir un alimento? (marcar solo una)

Precio Marca Aporte nutricional Estética

Otros: especificar _____
- ¿Lee el etiquetado nutricional al comprar alimentos?

Siempre/casi siempre

Algunas veces

Casi nunca

Nunca (si no lo lee pasar a 6)
- ¿Por qué lo lee?

Salud, dieta saludable

Adelgazar y mantenimiento peso corporal

Por enfermedad, alergias o intolerancias

Por ser un producto nuevo : marca, artículo..

Para evitar comer un compuesto o nutriente

_____ especificar _____

Otros motivos (especificar) _____
- ¿Cuándo lo lee, encuentra la información que busca?

Siempre/casi siempre

Algunas veces

Casi nunca/Nunca
- ¿Por qué no lo lee?

No se entiende, es confuso

Falta de tiempo, no le interesa

La letra es muy pequeña

No aparece en los alimentos que consumo

Otros motivos (especificar): _____

- En relación a la información que aparece en las etiquetas acerca de los nutrientes indique si los conoce y/o entiende

	NO	SI
<input type="checkbox"/> Valor energético (Calorías)	①	②
<input type="checkbox"/> Proteínas	①	②
<input type="checkbox"/> Hidratos de carbono	①	②
<input type="checkbox"/> Azúcares	①	②
<input type="checkbox"/> Grasas	①	②
<input type="checkbox"/> G. poliinsaturadas	①	②
<input type="checkbox"/> G. monoinsaturadas	①	②
<input type="checkbox"/> G. saturadas	①	②
<input type="checkbox"/> G. trans	①	②
<input type="checkbox"/> Colesterol	①	②
<input type="checkbox"/> Sal	①	②
<input type="checkbox"/> Fibra alimentaria	①	②
<input type="checkbox"/> Minerales	①	②
<input type="checkbox"/> Vitaminas	①	②

- ¿Quién elige/prepara el menú de sus hijos en casa?

Mujer (madre)

Hombre (padre)

Juntos (madre-padre)

Otros: especificar _____
- ¿Quién se encarga de la atención/ayuda de los hijos en casa mientras comen?

Padre Madre Ambos/Juntos

Otros (abuelos, hermanos...) _____
- ¿Cuántas veces al día come con sus hijos?

	Lunes-Viernes	Fin de semana
a. 5 a 3 veces/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 2 veces/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 1 vez/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas sobre embarazos (Por favor tenga en cuenta todos los embarazos no importa cual haya sido su término)

1. ¿Cuántos embarazos ha tenido después del niño/a INMA?

(Marcar la casilla que proceda y si la respuesta es ninguno, pasar a la siguiente sección)

Ninguno 1 2 3 Más de 3

2. ¿Alguno de estos embarazos ha acabado en aborto?

No Si ¿Cuántos? _____

3. ¿Ha tenido en algún embarazo un recién nacido muerto?

No Si ¿Cuántos? _____

4. ¿Está usted embarazada en la actualidad?

No Si Fecha última regla ___/___/_____

5. ¿Ha variado su forma de comer habitual por esta causa?

No Come más Come menos Come distinto Ns/nc

6. ¿Está Ud. dando pecho actualmente?

No Si

Preguntas sobre problemas de salud

1. ¿Algún médico le ha diagnosticado a usted algún problema de tiroides? No Si Fecha Diagnóstico(mas/año) __/__/_____

(Si responde sí, indicar tipo de problema _____ y si se trata No Si (tipo tratamiento _____)

2. ¿Algún médico le ha diagnosticado a usted, al padre de su hijo o a alguno de sus otros hijos problemas alérgicos desde su embarazo del niño/a INMA?

	<u>MADRE</u>	<u>PADRE</u>	<u>HIJOS</u>	<u>¿En cuantos hijos?</u>
A1. Asma alérgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2. Dermatitis Atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3. Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4. Rinitis Alérgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A5. Otras (especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	