

# CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL NIÑO 1 AÑO

- a) N° HISTORIA CLINICA NIÑO: .....
- b) IDNUM NIÑO:
- c) FECHA CUESTIONARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ d) HORA INICIO: \_\_\_:\_\_\_ HORA FIN: \_\_\_:\_\_\_
- e) LUGAR: \_\_\_\_\_ f) ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_
- g) ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

Estimada Sra., hace algo más de un año, antes del nacimiento de su hijo/a nos contestó a un cuestionario con preguntas sobre su domicilio, el ambiente en el que Ud. vive, así como sobre algunas actividades cotidianas que realiza. Con el presente cuestionario pretendemos obtener información sobre el ambiente en el que vive su hijo/a.

Como verá a continuación, algunas preguntas relacionadas con su residencia o su familia son similares a las que le formulamos en el anterior cuestionario (32 s |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_ poner fecha). Le rogamos preste la máxima atención, pues en este caso tratamos de averiguar cual es la situación desde el anterior cuestionario, es decir, el periodo que coincide con el final de su embarazo y el primer año de vida de su hijo/a. Las preguntas sobre la vivienda deberá contestarlas referidas a la vivienda en la que reside ahora.

## CASA

### 1. ¿Ha cambiado de domicilio desde la última entrevista?

1. Sí
2. No (no completar las preguntas de cambio de domicilio)

### 2. ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a? |\_\_\_|

2.a Madre

2.b Padre

2.c Hermanos |\_\_\_| Número

2.c1 Si son niños menores de 12 años especificar número |\_\_\_| y su(s) edad(es): |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| años

2.d Abuelos |\_\_\_| Número

2.e Otros |\_\_\_| Número

2.e1 Si son niños menores de 12 años especificar número |\_\_\_| y su(s) edad(es): |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| años

### 3. ¿Quién es el principal cuidador del niño?

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Ambos
- 4 Abuelos
- 5 Otros Especificar:.....

### 4. ¿Acude su hijo/a a la guardería?

- 1 No
- 2 Sí, unas horas (especificar horas.....)
- 3 Sí, todo el día

4.a Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....  
Municipio (urbanización)..... CP:.....

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

4.c. ¿Qué transporte utiliza para llevar a su hijo/a a la guardería?

- 1 Andando
- 2 En coche
- 3 En autobús
- 4 Otros Especificar:.....

4d. ¿Cuánto tiempo tarda desde casa a la guardería? .....

### 5. ¿Acude o acudió su hijo/a a otra casa para que le cuiden?

- 1 No
- 2 Sí, unas horas (especificar horas.....)
- 3 Sí, todo el día

- 5.a1 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....  
Municipio (urbanización):..... CP:.....
- 5.a2 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....  
Municipio (urbanización):..... CP:.....
- 5.b1 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez?   meses
- 5.b2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez?   meses
- 5.c1 En caso de que ya no acuda a esta casa, ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando dejó de acudir a esta casa?   meses
- 5.c1 En caso de que ya no acuda a esta casa, ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando dejó de acudir a esta casa?   meses
- 5.d1. ¿Qué transporte utiliza/ba para llevar a su hijo/a a la casa dónde le cuidan o cuidaban?  
1 Andando  
2 En coche  
3 En autobús  
4 Otros Especificar:.....
- 5.d1. ¿Qué transporte utiliza/ba para llevar a su hijo/a a la casa dónde le cuidan o cuidaban?  
1 Andando  
2 En coche  
3 En autobús  
4 Otros Especificar:.....

6. Desde el último cuestionario, ¿Ha habido cambios en su casa respecto a las personas que necesitan cuidados o atención especial?

- 1 Sí  
2 No → Pasar a pregunta 7

6a. ¿Especificar número de personas que requieren cuidados  y edades     años.

7. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas?

- 1 Sí  
2 No → Pasar a Pregunta 8

7a. ¿Cuántas horas a la semana?   horas/semana

Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en ..?

Modificación en:	Sí	No	Si Sí, especificar situación actual
8 La frecuencia con que pasan coches por la calle donde se encuentra su casa	1	2 Pasar a p9	8.a Frecuencia actual 1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
9. 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	2 Pasar a p10	9.a Frecuencia actual 1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
10. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico pasa continuamente:	1	2 Pasar a p11	10.a Distancia actual <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> metros Si menor o igual a 50 m: 10.b. Su piso tiene al menos 1 ventana que dé a esa calle? 1 Sí 2 No

11. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que:

	11.1 ¿Son habituales ?		11.2. Grado de molestia (sólo en caso de que diga si en la 11.1)			
	Sí	No	Mucho	Bastante	Poco	Nada
a. Niños en la casa	1	2	1	2	3	4
b. Gente en la calle	1	2	1	2	3	4
c. Tráfico en la calle	1	2	1	2	3	4
d. Vecinos	1	2	1	2	3	4

e. Bares, pubs, discotecas	1	2	1	2	3	4
f. Talleres, industrias	1	2	1	2	3	4
g. Obras (públicas y/o privadas)	1	2	1	2	3	4
h. Otras (especificar).....	1	2	1	2	3	4
i. Ninguna	1	2				

12. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio desde el último cuestionario?

- 1 Sí, obras
- 2 Sí, pintado
- 3 Sí, ambas cosas
- 4 No → Pasar a pregunta 13

12.a. Si Sí Nº de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)): |\_|\_|

13. ¿Tiene o ha tenido animales en el domicilio desde que nació el niño?

- 1 Sí (completar la tabla)
- 2 No → Pasar a pregunta 14

Animal	13.a. Nº de animales	13.b Indicar si: 1 = No duermen con el niño 2 = duermen con el niño	13.c Indicar desde que mes (del niño) hasta que mes (si ya no está actualmente)
Perros			Del.....mes, hasta.....mes
Gatos			Del.....mes, hasta.....mes
Pájaros			Del.....mes, hasta.....mes
Otros (indicar) .....			Del.....mes, hasta.....mes
Otros (indicar) .....			Del.....mes, hasta.....mes

14. ¿Su vivienda tiene...?:

	14. 1. Dormitorio del niño		14. 2 Lugar de juegos del niño (Indicar): .....		14. 3. Otras salas (Indicar): .....	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Cortinas	1	2	1	2	1	2
b. Manchas de humedad	1	2	1	2	1	2
c. Doble cristal	1	2	1	2	1	2
d. Muñecos de peluche	1	2	1	2	1	2
e. Moqueta	1	2	1	2	1	2
f. Alfombras	1	2	1	2	1	2
g. Si utiliza alfombras, ¿cuántos meses al año las pone?	_ _		_ _		_ _	
h. Un suelo que sea gres /baldosa	1	2	1	2	1	2
i. Si no es de gres o baldosa, ¿de qué es?						

#### DORMITORIO DEL NIÑO/A

15. El bebe duerme actualmente:

- 1 Sólo /a 15.1.a ¿A partir de qué mes duerme solo /a? |\_|\_| → Pasar a p16
- 2 Con otras personas

15.2.a. Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño /a (sin contarlo a él /ella) |\_|

15.2.b. Nº de personas por grupo de edad

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

16. En el dormitorio del niño, tiene ventanas que den a: 1 Exterior..... 2 Interior 3 Sin ventana

17. ¿Cuántas horas duerme habitualmente su hijo/a?

- 1. Por la noche |\_|\_| horas
- 2. Después de comer |\_|\_| horas
- 17.a. ¿Cuántas veces se despierta por la noche? |\_|\_|

18. ¿Qué tipo de colchón ha utilizado a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo? (no son excluyentes)

- 1. Lana
- 2. Espuma
- 3. Muelles
- 4. Látex

5. Otros(indicar):.....

6. Ns/Nc

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

19. ¿Ha utilizado o utiliza almohada (debajo de la cabeza o en cualquier sitio de la cuna) a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo?

- 1 Sí  
3 No → Pasar a p20

19.a. ¿A partir de que edad del niño? .....meses

19.b. ¿ De qué tipo? (no son excluyentes)

1. Lana  
2. Espuma  
3. Látex  
4. Plumas  
5. Otros (indicar):.....  
99. Ns/Nc

20 ¿Qué tipo de ropa de cama ha utilizado a lo largo del año en la cama /cuna de su hijo? (no son excluyentes)

1. Manta  
2. Edredón de plumas  
3. Edredón sintético  
4. Otros (Indicar):.....  
99. Ns/Nc

21. ¿Han cambiado o remodelado la habitación desde el mes previo de nacer el bebé hasta ahora? (no son excluyentes)

1. Hemos empapelado las paredes  
2. Pintado  
3. Barnizado  
4. Otros (Especificar):.....  
5. No

22. ¿Utiliza en la habitación del niño humidificadores? (respuestas 1 y 2 no son excluyentes)

1 Sí, de forma habitual

22.a. ¿De qué tipo?

- 1.sólo vapor  
2. con esencia  
3. Ambos

2 Cuando padece problemas respiratorios

22.b. ¿De qué tipo?

- 1.sólo vapor  
2. con esencia  
3. Ambos

3 No → Pasar a P23

## LIMPIEZA

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

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

24. ¿Utiliza insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en su casa?

- 1 Sí  
2 No ( Pasar a la P25)

24a. ¿Qué tipo de insecticida utiliza (puede señalar más de uno) y con qué frecuencia?

	Frecuencia	1. Dormitorio niño	2. Resto de la casa
a. Sprays insecticidas	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
c. Loción repelente	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
d. Otros	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4

24b. ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

1. Sí  
2. No (pasar a la P25)

24b.1 .....

.....

.....

**TABACO**

**MADRE**

25. ¿Fuma en la actualidad?:

- 1 Sí  
2 No , y no he fumado desde que nació mi hijo **Pasar a P26**  
3 No, pero he fumado durante algún tiempo desde que nació mi hijo.

25.3.a Indicar meses.....

25.3.b Indicar nº cigarros que fumó durante ese tiempo.....cig/semana (pasar a P26)

25.a. Nº cigarros que fuma actualmente .....cigarros/semana

25.b. Su consumo fue mayor (↑), menor (↓) o igual (=) durante los siguientes periodos, respecto a su consumo actual?

	↑	↓	=
Durante el tercer trimestre del embarazo			
Durante los 6 primeros meses de vida de su hijo			
De los 6 meses al año de vida de su hijo			
Otros cambios, especificar.....			

25c. Cuando fuma en casa, ¿lo hace delante de su hijo?

- 1 Sí, a menudo  
2 Sí, ocasionalmente  
3 Casi nunca  
4 Nunca

**MARIDO O PAREJA**

**26. ¿Fuma en la actualidad?:**

- 1 Sí
- 2 No, y no ha fumado desde que nació mi hijo **Pasar a P27**
- 3 No, pero ha fumado durante algún tiempo desde que nació mi hijo.

**26.3.a Indicar meses.....**

**26.3.b Indicar nº cigarrros que fumó durante ese tiempo.....cig/semana (pasar a P27)**

**26.a. Nº cigarrros que fuma actualmente .....cigarrros/semana**

**26.b. Su consumo fue mayor (↑), menor (↓) o igual (=) durante los siguientes periodos, respecto a su consumo actual?**

Durante el tercer trimestre del embarazo	↑	↓	=
Durante los 6 primeros meses de vida de su hijo	↑	↓	=
De los 6 meses al año de vida de su hijo	↑	↓	=
Otros cambios, especificar.....	↑	↓	=

**26c. Cuando fuma en casa, ¿lo hace delante de su hijo?**

- 1 Sí, a menudo
- 2 Sí, ocasionalmente
- 3 Casi nunca
- 4 Nunca

**OTRAS PERSONAS**

**27. ¿Fuma alguien en casa habitualmente?**

- 1 Sí
- 2 No (Pasar a P28)

**27c. Cuando fuma en casa, ¿lo hace delante de su hijo?**

- 1 Sí, a menudo
- 2 Sí, ocasionalmente
- 3 Casi nunca
- 4 Nunca

**AGUA, BAÑO Y ASEO**

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

01. Agua directa del grifo
02. Agua de la red a través de depósito (de la casa o la finca)
03. Pozo privado
04. Otro origen (especificar) \_\_\_\_\_
- 99 No sabe

**29. ¿Con qué frecuencia suele bañar y/o duchar a su hijo?**

	29a Los primeros meses		29b Actualmente	
<b>A la semana</b>	29a.1Baño	29a.2Ducha	29b.1Baño	29b.2Ducha
<b>29.a.b. Nº de veces a la semana</b>	_ _ 1.1	_ _ 1.2	_ _ 2.1	_ _ 2.2
	29c Los primeros meses		29d Actualmente	
<b>Al mes (Si menos de una vez a la semana)</b>	29c.1Baño	29c.2Ducha	29d.1Baño	29d.2Ducha
<b>29.c.d. Si menos de una vez a la semana, indicar nº de veces al mes</b>	_ _ 1.1	_ _ 1.2	_ _ 2.1	_ _ 2.2
	29e. Los primeros meses		29f. Actualmente	
<b>Tiempo en el agua</b>	29e.1Baño	29e.2Ducha	29f.1Baño	29f.2Ducha
<b>29.e.f. ¿Cuánto rato en promedio dura el baño o la ducha? En minutos</b>				

**30. ¿Lo suele bañar y /o duchar con agua caliente o fría? (Respuesta única)**

	<b>Caliente</b>	<b>Fría</b>	<b>Ambas</b>
--	-----------------	-------------	--------------

a. Baño	1	2	3
b. Ducha	1	2	3

31. ¿Lleva a su hijo/a a la piscina?

- 1 Sí  
2 No → Pasar a p32

		Verano		Resto del año	
<b>31a. Piscina descubierta pública</b>		<b>31a.1. Nº de días al mes</b>	<b>31a.2 Tiempo (minutos)</b>	<b>31a.3. Nº de días al mes</b>	<b>31a.4. Tiempo (minutos)</b>
1 Sí 2 No (Pasar a P31b)		v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo
<b>31b. Piscina descubierta privada de obra</b>	<b>31b.x. ¿Se añade cloro?</b>	<b>31b.1. Nº de días al mes</b>	<b>31b.2 Tiempo (minutos)</b>	<b>31b.3. Nº de días al mes</b>	<b>31b.4. Tiempo (minutos)</b>
1 Sí 2 No (Pasar a P31c)	1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo
<b>31c. Piscina descubierta privada de plástico</b>	<b>31c.x. ¿Se añade cloro?</b>	<b>31c.1. Nº de días al mes</b>	<b>31c.2 Tiempo (minutos)</b>	<b>31c.3. Nº de días al mes</b>	<b>31c.4. Tiempo (minutos)</b>
1 Sí 2 No (Pasar a P31d)	1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo
<b>31d. Piscina cubierta</b>		<b>31c.1. Nº de días al mes</b>	<b>31c.2 Tiempo (minutos)</b>	<b>31c.3. Nº de días al mes</b>	<b>31d.4. Tiempo (minutos)</b>
3 Sí 4 No (Pasar a P31e)		v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo

31.e Si es posible, indicar el nombre i dirección de:

<b>Nombre de la piscina descubierta más frecuentada (si es privada, indicar que es privada):</b>			
<b>Dirección</b>	calle	Nº	
	código postal	municipio	

<b>Nombre de la piscina cubierta más frecuentada:</b>			
<b>Dirección</b>	calle	Nº	
	código postal	municipio	

32. Durante este primer año, ¿ha utilizado algún tipo de loción, colonia o champú contra los parásitos o insectos en el aseo de su hijo?

- 1 Sí  
2 No → Pasar a p33

<b>32a. Nombre comercial del producto</b> <i>Ej: Champú pediculicida (Filvit loción@)</i> <i>Loción insecticida (Aután@)</i>	<b>32.b. Zona del cuerpo</b>	<b>32.c Frecuencia de uso</b>
1.	1.Cabeza 2.Brazos y/o piernas 3.Parte superior del cuerpo 4.Parte inferior del cuerpo 5.Todo el cuerpo 6.Otros (Indicar):.....	1 Más de una vez a la semana 2 Mas de una vez al mes <b>Esporádicamente (nº veces este año):</b> 3 Entre 1 a 7 veces 4 Entre 8 a 14 veces 5 Entre 15 a 30 veces 6 Más de 30 veces
2.	1.Cabeza	1 Más de una vez a la semana

	2. Brazos y/o piernas 3. Parte superior del cuerpo 4. Parte inferior del cuerpo 5. Todo el cuerpo 6. Otros (Indicar):.....	2 Mas de una vez al mes <b>Esporádicamente (veces este año):</b> 3 Entre <b>1 a 7</b> veces 4 Entre <b>8 a 14</b> veces 5 Entre <b>15 a 30</b> veces 6 Más de 30 veces
--	--	---

33. ¿Utiliza alguna crema o leche hidratante?

1. Sí (especificar) →
2. No
3. No sabe

Nombre	Uso (zona del cuerpo)	Frecuencia

34. ¿Utiliza toallitas húmedas para la limpieza de su hijo/a?

4. Sí (especificar) →
5. No sabe

Nombre	Uso (zona del cuerpo)	Frecuencia

35. Le ha/han realizado algún tipo de masaje al niño desde su nacimiento hasta ahora?

- 1 SI
- 2 No (pasar a P36)

35.a. Indique los meses durante los cuales se le ha realizado el masaje.....

35.b. Indique las zonas sobre las que se les ha realizado el masaje

- 1 Vientre
- 2 Brazos y/o piernas
- 3 Todo el cuerpo
- 4 Cabeza
- 5 Otros (Indicar.....)

**PERCEPCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE**

36. De la siguiente lista de problemas relacionados con el medio ambiente, señale los cinco que considera de mayor importancia en el lugar donde usted y su familia viven actualmente

01. Contaminación del aire (tráfico de vehículos, industrias, etc.)
02. Contaminación del agua de bebida del grifo
03. Contaminación de las aguas para uso recreativo (mar, río, etc.)
04. Ruido exterior (tráfico de vehículos, industrias, talleres, etc.)
05. Deficiencias en desagües o sistemas de evacuación de aguas domésticas (alcantarillas, etc.)
06. Proximidad de basureros o lugares de depósito de residuos peligrosos
07. Proximidad de industrias molestas, tóxicas o peligrosas
08. Proximidad de incineradoras
09. Proximidad de zonas de cultivo fumigadas con plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.)
10. Proximidad de quemas agrícolas o incendios
11. Proximidad de granjas de animales, rebaños, ganado, etc.
12. Proximidad a antenas de radiofrecuencia (móviles, radio...)
13. Proximidad a líneas de alta tensión
14. Contaminación alimentos
15. Escasez de zonas verdes
16. Suciedad en las calles
- Otros. Especificar:
17. ....
18. ....

**36.ab. Señale en qué medida considera que afectan negativamente su salud y la de su familia cada uno de los cinco problemas medioambientales que ha señalado en la pregunta anterior: (anotad el número del problema de la lista de p57 en la columna a)**

a. problema	b. Percepción			
	Mucho	Bastante	Poco	Nada
58.1 [ ][ ]	1	2	3	4
58.2 [ ][ ]	1	2	3	4
58.3 [ ][ ]	1	2	3	4
58.4 [ ][ ]	1	2	3	4
58.5 [ ][ ]	1	2	3	4

**HISTORIAL LABORAL MADRE**

**L1. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- 01. Trabajadora → pasar a L1.b
- 02. Parada
- 03. Estudiante
- 04. Baja laboral ( ) L1.a. Por: .....
- 05. Ama de casa
- 06. Otras (especificar): .....

**L1.b. Está en el mismo trabajo que cuando le pasaron el último cuestionario?**

- 1. Sí ( Pasar a L1.c)
- 2. No (Pasar a L3)

**L1.c. Ha cambiado de puesto de trabajo/ tareas/ exposiciones desde la última entrevista?**

- 3. Sí ( Pasar a L4)
- 4. No (Pasar a L5)

**L2. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha tenido algún trabajo desde el último cuestionario?**

- 1. Sí ( Pasar a L4)
- 2. No (Pasar a L7)

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

**L4. En relación con su trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados desde el último cuestionario, podría indicarnos .... (empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás si ha habido otros trabajos previos hasta cubrir el periodo desde que la mujer fue encuestada por última vez)**

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				

**L5. ¿Ha disfrutado de permiso por maternidad/ excedencia?**

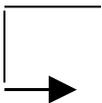
- 1 Sí
- 2 No → Pasar a L6

▶ **L5.1. Si la respuesta es Sí**

- L5.1.a: Cuanto duró el permiso/excedencia? |\_|\_| meses y/o |\_|\_| semanas
- L5.1.b: Edad del niño cuando se reincorporó al trabajo |\_|\_| meses y/o |\_|\_| semanas

**L6. ¿Ha disfrutado (o disfruta) de reducción de jornada por maternidad?**

1. Sí;
2. No → Pasar a L7



**L6.1. Si la respuesta es Sí,**

- L6.1.a: Meses que ha durado la reducción de jornada |\_|\_| y
- L6.1.b: Horas semanales de trabajo mientras ha durado la reducción de jornada |\_|\_|
- 

**HISTORIAL LABORAL PADRE**

**L7. Desde el último cuestionario, ¿Ha habido alguna modificación respecto a la situación laboral y/o puesto de trabajo (incluyendo tareas y exposiciones) del padre?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a L10

**L8. ¿Cuál es la situación laboral actual del padre?**

01. Trabajador → Pasar a L9
02. Parado
03. Estudiante
04. Baja laboral ( ) L.8.a Por: .....
05. Otras (especificar):
- 99 No sabe

**L9. En relación con el trabajo actual del padre, podría indicarnos .....**

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones
Desde ..... / ..... Mes      Año				

**L10. ¿Ha disfrutado de permiso por paternidad?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a L11



**L11.1. Si la respuesta es Sí,**

- L11.1.a: Semanas que duró el permiso |\_|\_|
- L11.1.b: Edad del niño, en semanas, cuando se reincorporó al trabajo |\_|\_|

**L11. ¿Ha disfrutado (o disfruta) de reducción de jornada por paternidad?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a Actualización de Datos en caso de que se haya cambiado de domicilio



**L11.1. Si la respuesta es sí:**

- L11.1.a: Meses que ha durado la reducción de jornada |\_|\_| y
- L11.1.b: Horas semanales de trabajo mientras ha durado la reducción de jornada |\_|\_|

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y CAMBIO DE DOMICILIO

(completar en caso de que haya habido un cambio de domicilio desde el último cuestionario)

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

CD1. ¿Cuándo se ha cambiado de domicilio?... |\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|...(fecha)

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): |\_\_|\_|\_| 9 Ns/Nc

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

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

## COCINA

CD9. ¿Tiene extractor encima de la cocina?

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a CD11

**CD10. Al cocinar ¿usa el extractor?**

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

**CD11. Tipo de cocina: (Respuesta única)**

1. Gas natural
2. Gas butano
3. Gas propano
4. Eléctrica
5. Carbón, madera
6. Otro:.....

**CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO-CALENTADOR AGUA****CD12. ¿En su casa hay?**

	Sí	No	Ubicación aparato (indicar):.....
a. Calefacción central	1	2	
b. Calefacción por aire	1	2	
c. Aire acondicionado	1	2	
d. Estufas	1	2	

**CD13. Tipo de calefacción:**

	1. Salón-comedor		2. Dormitorio	
	Si	No	Si	No
a. Gas natural	1	2	1	2
b. Gas butano	1	2	1	2
c. Gas propano	1	2	1	2
d. Gasoil	1	2	1	2
e. Eléctrica	1	2	1	2
f. Chimenea abierta al exterior	1	2	1	2
g. Estufa de carbón o madera	1	2	1	2
h. Otros:.....	1	2	1	2

**CD14. ¿Cuál de los siguientes combustibles usa para calentar el agua?**

	Sí	No
a. carbón o madera	1	2
b. gas butano	1	2
d. calentador de parafina/queroseno	1	2
e. caldera de gas	1	2
f. caldera de aceite/fuel o gasoil	1	2
g. calentador portátil de gas	1	2
h. otros: _____	1	2

**EXTERIOR****CD15. Su casa, ¿tiene jardín o corral con plantas?**

- 1 Sí
- 2 No ( Pasar a CD16)

**CD15 a. ¿Qué superficie tiene? [ ] [ ] [ ] [ ] m<sup>2</sup>**

**CD15 b. ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?**

- 1 Sí
- 2 No ( Pasar a CD16)

**CD15b.1 ¿Con qué frecuencia?**

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

4 Ocasionalmente

**CD15b.2 Fumiga usted misma:**

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

**CD15b.3 ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?:**     min

**CD15b.4 ¿Guarda productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.) en la casa?**

- 1 Sí
- 2 No (pasar a PCD16)

**CD15b.4a ¿Dónde los guarda?**

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

**CD15b.4b ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?**

.....

.....

.....

.....

**CD16. ¿Está su residencia cerca de un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?**

- 1 Sí
- 2 No (PASAR A LA PREGUNTA 42)

**4CD16. ¿A qué distancia?**

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

**CD17. ¿Está su residencia próxima a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)?**

- 1 Sí
- 2 No

**42a. ¿A qué distancia?**

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

**CD18. ¿Está su residencia cerca de una zona con alguna actividad industrial?**

- 1 Sí
- 2 No

**CD18.1 ¿Polígono o zona industrial?. Indicar nombre:.....**

**CD18a.2 ¿A qué distancia?     metros**

**CD18b. ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica?,...)**

- 1. Sí
- 2. No

**CD18b.1 Indicar tipo de actividad:.....**

**OBSERVACIONES:**