

## CUESTIONARIO PARA PADRES COHORTE



Infancia y Medio Ambiente

<http://www.proyectoinma.org/>

0 [Se completa por la entrevistadora] ¿Quién ha contestado este cuestionario de salud?

1. Madre
2. Padre
3. Otro (especificar): \_\_\_\_\_

### I) SOCIODEMOGRAFÍA

1 Está:

- Casado/a (primeras nupcias)
- Casado/a (segundas nupcias)
- Soltero/a (nunca te has casado)
- Separado/a (pero todavía casado/a legalmente)
- Divorciado/a
- Viudo/a

2 Está:

- Viviendo con el otro progenitor de la criatura (padre/madre)
- Viviendo con otro/a compañero/a
- No vive en pareja – pero está una relación (p.e. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad)
- No está ni viviendo en pareja ni está en una relación

3 Desde el último cuestionario, ¿se ha trasladado?

- Si En caso afirmativo pedir a ONMEDIC la posibilidad de actualizar la dirección
- No

4 Desde el último cuestionario, ha habido algún cambio en:

-Su estado civil?

- Si (Por favor especifique: .....)
- No

-Su situación laboral o la de su pareja?

- Si (Por favor especifique: .....)
- No

- 5 Desde el último cuestionario, ha habido algún nuevo nacimiento en su familia?  
 Si (Por favor especifique cuando:.....)  
 No
- 6 ¿Ha tenido la madre alguna vez **eczema** (excluyendo dermatitis de contacto y psoriasis)?  
No (2)  
Si (1)
- 3.1. En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? \_\_\_\_ años.  
3.2. En caso afirmativo,  
Diagnosticada por el doctor (1)  
Diagnosticada por ella misma (2)  
Diagnosticada por el doctor y por ella misma (3)
- 7 ¿Ha tenido la madre **asma** alguna vez?  
No Pasar a la pregunta 8  
Si En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando le apareció el asma? \_\_\_\_ años.  
7.1 En caso afirmativo,  
Diagnosticada por el doctor  
Diagnosticada por ella misma  
Diagnosticada por el doctor y por ella misma
- 8 ¿Ha tenido la madre **rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional** alguna vez?  
No Pasar a la pregunta 9  
Si  
8.1. En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció la rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional? \_\_\_\_ años.  
8.2. En caso afirmativo,  
Diagnosticada por el doctor  
Diagnosticada por ella misma  
Diagnosticada por el doctor y por ella misma

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

No Pasar a la pregunta 10

Si

9.1. En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema? \_\_\_\_\_ años.

9.2. En caso afirmativo,

Diagnosticado por el doctor

Diagnosticado por el mismo

Diagnosticado por el doctor y por el mismo

10 ¿Ha tenido el padre **asma** alguna vez?

No Pasar a la pregunta 11

Si

10.1. En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el asma? \_\_\_\_\_ años.

10.2. En caso afirmativo,

Diagnosticado por el doctor

Diagnosticado por el mismo

Diagnosticado por el doctor y por el mismo

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

No Pasar a la siguiente sección

Si

11.1. En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció la rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional? \_\_\_\_\_ años.

11.2. En caso afirmativo,

Diagnosticado por el doctor

Diagnosticado por el mismo

Diagnosticado por el doctor y por el mismo

## II) ASMA/PITOS

*(Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada. Por otra infección queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre).*

- 1 ¿Ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho en los últimos 12 meses?
- No Si la respuesta es NO, vaya a la pregunta 7.
- Si
- 2 En caso afirmativo, ¿Cuántos ataques de pitos o silbidos ha tenido su hijo/a en los últimos 12 meses?
- Ninguno;
  - De 1 a 3;
  - De 4 a 12;
  - Más de 12
- \* varios episodios de pitos
- 3 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia, de promedio, se ha **despertado** su hijo/a debido a pitos o silbidos en el pecho?
- Nunca se ha despertado con pitos;
  - Menos de una noche a la semana;
  - Una o más noches por semana
- 4 En los últimos 12 meses, ¿Han sido alguna vez los pitos tan graves como para limitar el habla de su hijo/a a una o dos palabras entre una respiración y otra?
- No
- Si
- 5 En los últimos 12 meses, ¿Ha notado pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a al respirar durante o después de hacer **ejercicio**?
- No
- Si
- 6 Han sido estos pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a acompañados por un ataque de falta de aliento (dísnea) al menos una vez en los últimos 12 meses?
- No
- Si

- 7 En los últimos 12 meses, ¿cuántos ataques de falta de aliento ha tenido su hijo/a?
- Ninguno;
  - De 1 a 3;
  - De 4 a 12;
  - Más de 12
- 8 ¿Ha sido el sueño de su hijo/a interrumpido por un ataque de falta de aliento (dísnea) en los últimos 12 meses?
- No
- Si (1)
- 8.1. En caso afirmativo, con qué frecuencia?
- Menos de una noche a la semana;
  - Una o más noches por semana
- 9 ¿Ha tenido su hijo/a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) en los últimos 12 meses?
- No
- Si
- 10 En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo/a **tos seca por la noche**, a parte de tos asociada a resfriado o a infección en el pecho?
- No
- Si
- 11 ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado por un doctor de tener asma?
- No
- Si
- 12 En los últimos 12 meses, ¿Con que frecuencia ha sido su hijo/a interrumpido/a por tos/pitos/silbidos/dificultades respiratorias mientras realizaba ejercicio?
- Nunca
  - Casi nunca (<5% de las veces)
  - Menos de la mitad de las veces
  - Más de la mitad de las veces

- Siempre o casi siempre (incluye no hacer ejercicio debido a los síntomas)
- No hace ejercicio por otras razones

13 ¿Ha tomado su hijo/a alguna **medicación** para el asma o por dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) durante los últimos 12 meses?

No

Si En caso afirmativo, cuáles? \_\_\_\_\_ (varias opciones)

Nombre del medicamento	Frecuencia semanal	Dosis	Veces al día

(se incluyen cualquier tipo de inhaladores, nebulizadores, comprimidos o medicamentos líquidos)

14 ¿Con qué frecuencia tuvo que ver a un médico o acudir a un hospital con su hijo **urgentemente** debido a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) en los últimos 12 meses? Número: \_\_\_\_\_

**TOS/FLEMA**

1 En los últimos 12 meses, ¿le ha parecido su hijo/a tener habitualmente el pecho cargado o ha tenido tos con expectoración (mocos) **en los resfriados**?

No

Si

2 En los últimos 12 meses, ¿le ha parecido su hijo/a tener habitualmente el pecho cargado o ha tenido tos con expectoración (mocos) **cuando no estaba resfriado/a**?

No

Si

- 3 En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho un doctor que su hijo/a ha tenido una infección en el pecho?
- No
- Si

### III) RINITIS ALÉRGICA

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

No Si la respuesta es NO, vaya a la pregunta 4.

Si

- 1.2 Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique los síntomas que ha tenido su hijo/a en los últimos 12 meses cuando **NO** ha estado resfriado/a o con gripe (puede escoger varias respuestas). Por favor marque las que correspondan:

Estornudos: si no

Nariz mucosa: si no

Nariz bloqueada: si no

- 2 En caso afirmativo, en los últimos 12 meses, este problema de nariz, ¿Ha sido acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?

No

Si

- 3 ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz tapada o mucosa? (puede escoger varias respuestas). Por favor, marque todos los meses que corresponda:

Enero  
Febrero  
Marzo  
Abril  
Mayo  
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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

No

Si

(puede escoger varias respuestas). Por favor marque las opciones correspondientes:

Animales/ polvo/ ácaros	Si	No	No sabe
Hierbas, árboles, flores	Si	No	No sabe
Humo de tabaco	Si	No	No sabe
Polvo de casa	Si	No	No sabe
Contaminantes del aire p.e. tubo de escape, vapores, humos, spray, productos de limpieza, olores fuertes	Si	No	No sabe
Otros, por favor especifique	Si	No	No sabe

5 ¿Ha tomado su hijo/a medicamentos, comprimidos, sprays nasales o gotas para los ojos para la alergia nasal/ rinitis alérgica en los últimos 12 meses?

No

Si En caso afirmativo, cuáles \_\_\_\_\_(por favor especifique)

Nom del medicament	Freqüència setmanal	Dosi	Cops al dia

6 ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado/a por un doctor de tener rinitis alérgica (rinitis debido al gato, polvo...) o rinitis alérgica estacional (rinitis al polen)?

No

Si

#### IV) DERMATITIS ATÓPICA

1 ¿Ha tenido su hijo/a la piel seca en los últimos 12 meses?

No

Si



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

No

Si

3 ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía de manera intermitente en los últimos 12 meses?

No Si la respuesta es NO en las preguntas 2 y 3, vaya a la pregunta 8.

Si

4 ¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares?  
(Puede marcar varias respuestas)

No (2)

Si (1)

Por favor, señale todas las que correspondan:

- Los pliegues de los codos
- Detrás de las rodillas
- Delante de los tobillos
- Debajo de las nalgas
- Alrededor del cuello, las orejas o la cara

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

No

Si

6 ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió el eczema de su hijo, o la erupción cutánea?  
(puede escoger varias respuestas). Por favor, marque todos los meses que corresponda:

Enero  
Febrero  
Marzo  
Abril  
Mayo  
junio

Julio  
 Agosto  
 Septiembre  
 Octubre  
 Noviembre  
 Diciembre

- 7 En los 12 últimos meses, ¿con qué frecuencia promedio, ha estado su hijo/a despierto/a por la noche por culpa de esta erupción con picazón?
- Nunca en los últimos 12 meses;
  - Menos de una noche por semana;
  - Una o más noches por semana
- 8 Su hijo/a, ¿ha sido diagnosticado/a alguna vez por un médico de eczema/ dermatitis atópica?
- No
- Si
- 9 ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)?
- No
- Si En caso afirmativo, a qué edad le apareció por primera vez? \_\_\_\_ años.
- 10 ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema después de tener contacto con alguna de las siguientes sustancias (puede elegir varias respuestas, por favor marque todas las sustancias que le hayan provocado eczema):
- objetos metálicos (p.e. botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj o correa de reloj, gafas o gafas de sol, clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares):  
por favor, especifique: \_\_\_\_\_
  - bisutería (pendientes, anillos...)
  - colorantes
  - productos cosméticos, perfumes o fragancias
  - champú o acondicionador
  - jabón
  - ropa
  - látex, goma/plásticos (p.e. guantes de goma/plástico, globos)
  - otros materiales; por favor, especifique: \_\_\_\_\_
  - No, no con ningún material

## V) REACCIONES ALÉRGICAS

### 1) ALIMENTARIA

1 ¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras comer un **alimento** en particular?

No

Si Si la respuesta es afirmativa, por favor marque los que correspondan\_ Véase tabla página 12)

2 ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando ocurrió la reacción alérgica por primera vez?  
\_\_\_\_\_ años

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

No sabe

No

Si

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

	Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
- Si, por un médico de cabecera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otros (por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a hospitalizado/a debido a una reacción alimentaria adversa? (Si «no hospitalización», responda 0)

\_\_\_\_\_ vez(ces)

6 ¿Ha recibido alguna vez su hijo/a inyecciones especiales u otros tratamientos contra la alergia (“vacuna alérgica”), inmunoterapia, hiposensibilización, y desensibilización?

No

Si

6.1. En caso afirmativo, ¿Qué alérgeno y cuando?

- En caso afirmativo, el primer tratamiento empezó a la edad de \_\_ años y terminó a los \_\_ años

Contra qué alérgeno(s) \_\_\_\_\_/ Desconocidos

- El segundo tratamiento empezó a la edad de \_\_ años y terminó a los \_\_ años

Contra qué alérgeno(s) \_\_\_\_\_/ Desconocidos

- El tercer tratamiento empezó a la edad de \_\_ años y terminó a los \_\_ años  
Contra qué alérgeno(s) \_\_\_\_\_/ Desconocidos

(Las cohortes que hayan preguntado esto anteriormente, tendrían que preguntar “desde la última visita” en lugar de “alguna vez”)

El niño/a ha tenido las siguientes reacciones:	ALIMENTO							MEDICAMENTO		Picadura de insecto	
	Fruta, verduras	Leche	Huevo blanco	Frutos secos	Cacahuetes	Pescado	Marisco	Otro alimento (por favor especifique)	Medicamento (por favor especifique)		Vacuna (por favor especifique)
Hinchazón de cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Edema de Quincke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Erupción generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Vómito o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Sensación de falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Desfallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Pérdida de consciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Hinchazón excesiva alrededor de la picadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>

Tabla pregunta 1 del cuestionario de reacciones alérgicas alimentarias, medicamentosas y vacunas.

## 2) MEDICAMENTOSA

- 1 ¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras tomar un **medicamento** en particular? (Por favor marque los que correspondan\_ Vean tabla página 12)

No

Si

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

	Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
- Si, por un médico de cabecera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otros (por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a hospitalizado/a debido a una reacción medicamentosa adversa? (Si «no hospitalización», responda 0)  
\_\_\_\_\_ vez(ces)

## 3) VACUNAS

- 1 ¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras una **vacunación**? (Por favor marque los que correspondan\_ Vean tabla página 12)

No

Si

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

	Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
- Si, por un médico de cabecera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otros (por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a hospitalizado/a debido a una reacción adversa a una vacuna? (Si «no hospitalización», responda 0)  
\_\_\_\_\_ vez(ces)

## VI) AMBIENTE INTERIOR

### 1) Cocina de gas

- 1 ¿Utiliza cocina de gas para cocinar?

No

Si

- 2 ¿Tiene campana de extracción encima de la encimera?

No

Si

En caso afirmativo, cuando cocina utiliza el extractor:

- |    |                      |       |
|----|----------------------|-------|
| a) | todo el tiempo?      | Si/No |
| b) | casi todo el tiempo? | Si/No |
| c) | nunca?               | Si/No |

### 2) Humedad y Moho

- 3 ¿Considera que su casa o su piso tiene humedades?

No

Si

- 4 ¿Hay moho o manchas de moho en su vivienda (exceptuando en la comida)?

No

Si

- 5 En caso afirmativo, ¿en qué habitaciones de su piso o casa? (Varias opciones)

- Habitación del niño/a
- Otras partes de la vivienda
- Sótano





Si fuma ocasionalmente, número de cigarrillos por semana en el interior de la vivienda:

--

Si fuma regularmente (a diario), número de cigarrillos por semana en el interior de la vivienda: \_\_

12 Hay otras personas (exceptuando el niño/a) que fumen en el interior de la vivienda?

No

Si

Si fuma ocasionalmente, número de cigarrillos por semana en el interior de la vivienda:

--

Si fuma regularmente (a diario), número de cigarrillos por semana en el interior de la vivienda: \_\_

13 Durante el día, con que frecuencia se encuentra su hijo/a en un espacio cerrado (p.e. vehículo) donde la gente fuma:

	(i) Días de la semana (Lunes-Viernes)	(ii) Fines de Semana
Todo el tiempo		
Más de 5 horas		
3-5 horas		
1-2 horas		
Menos de 1 hora		
Nunca		

## VII) ACTIVIDAD FÍSICA

1 ¿Cuántas horas al día suele dormir su hijo/a, INCLUIDA la siesta? \_\_\_\_\_ horas

2 ¿Cuanto tiempo suele pasar su hijo/a viendo la televisión/vídeos o jugando a videojuegos\*?

A. Durante la semana: Horas\_\_\_\_ Minutos\_\_\_\_

B. Los fines de semana: Horas\_\_\_\_ Minutos\_\_\_\_

\*para niños mayores de 7 años

3 Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas **EXTRAESCOLARES** realiza su hijo/a? Especifique la duración de cada actividad por día.

Ej. Clases de baile/natación o correr, ir en bici, patinar, ir de excursión\*, etc. (**Excluir Wii y el viaje al colegio**).

\*Excursión (consigna para las enfermeras): contabilizar las horas que el/la niño/a camina durante la excursión. Si el/la niño/a va dos veces al mes de excursión (con los padres, esplai, centro Scout, centro excursionista) tenéis que extrapolar las horas que el niño realiza la actividad física por semana.

Ej. Si el/la niño/a camina un total de 6h (3h/ 2 sábados al mes) se contará como 1h 30min a la semana.

Día	Actividad(es)*	Horas					Minutos	
<i>Ej: Lunes</i>	<i>Bici 30m</i>	0	1	2	3	4+	0	30
	<i>Natación 30m</i>	0	1	2	3	4+	0	30
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

- 4 Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas, **excluyendo el recreo/ patio**, realiza su hijo/a **dentro del horario escolar**? Especifique la duración de cada actividad por día.

Información para enfermeras: actividad física incluye todas aquellas actividades programadas desde las clases de educación física (gimnasia), natación hasta clases de baile.

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

- 5 ¿Cuánto tiempo al día tiene su hijo/a de recreo (patio)? \_\_\_\_\_ horas

5.1. Si su hijo/a se queda a comer, incluya las horas de recreo después de la comida.  
\_\_\_\_\_ horas

- 6 ¿Sabe usted a qué suele jugar su hijo en el recreo/patio? Si/No  
En caso afirmativo, su hijo/a suele:

- Estar sentado/a hablando, leyendo etc
- Estar o pasear por el patio
- Correr y jugar a ratos
- Correr y jugar bastante
- Correr y jugar intensamente todo el tiempo

## VIII) COMPORTAMIENTO

1 ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de TDAH (Trastorno de Déficit de Atención y/o Hiperactividad)?

No

Si

Si la respuesta es NO, vaya a la pregunta 3.

2 En caso afirmativo, ¿Toma su hijo/a alguna medicación?

No

Si Especifique el tipo de medicación: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Veces/Día: \_\_\_\_\_

3 ¿Está su hijo/a diagnosticado/a de otro trastorno de comportamiento?

No

Si Especifique el tipo \_\_\_\_\_

Ej. Autismo, trastorno bipolar, síndrome de Asperger, etc

4 ¿Toma alguna medicación?

No

Si Especifique el tipo de medicación: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Veces/Días: \_\_\_\_\_

## IX) OTRAS INMUNIZACIONES E INFECCIONES

1 Desde el último cuestionario/visita, ha tenido su hijo/a una o varias de las siguientes enfermedades infecciosas:

- Varicela
- Sarampión
- Paperas
- Rubéola Tos ferina
- Escarlatina
- Mononucleosis morbiliforme
- Enfermedad de las parótidas
- Enfermedades exantemáticas

1.1. En caso afirmativo, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

1.2. ¿Requirió este problema, al menos una vez, de la consulta a un doctor?

No

Si