

CUESTIONARIO SEGUNDO AÑO (COHORTE INMA-VALENCIA)

- b) IDNUM NIÑO:
- c) FECHA CUESTIONARIO: ___ / ___ / ___
- d) FECHA CUESTIONARIO: ___ / ___ / ___
- e) HORA INICIO: HORA FIN:
- f) HORA INICIO: HORA FIN:
- g) FECHA VISITA AÑO LA FE: ___ / ___ / ___
- h) ENTREVISTADOR: _____ f) ENTREVISTADO: _____

Estimada Sra., hace aproximadamente un año en la visita en la Fe, cuando su hijo/a tenía alrededor de un año, contestó un cuestionario con preguntas sobre algunos acontecimientos relacionados con la salud y la presencia de infecciones o alergias de su hijo/a. A continuación le vamos a realizar unas preguntas similares en relación a lo ocurrido desde aquella visita, es decir en el último año. También le vamos a realizar una serie de preguntas en relación a la alimentación y actividades del niño, así como de su vivienda. Las preguntas sobre la vivienda deberá contestarlas referidas a la vivienda en la que reside ahora.

PROBLEMAS DE SALUD

1.- ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a desde la visita del primer año en la Fe?

1. Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (nº episodios=0) (pasar a preg 3)
2. Ocasionalmente o a veces tiene pitos (nº episodios=1-6)
3. Tiene pitos la mayor parte del tiempo o siempre, (nº episodios=7 o más)

Nota para leer al entrevistado:

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.

1b - ¿ Los pitos han aparecido después de la visita del primer año?

1 Si

2 No (pasar pregunta 2)

1b.1 ¿Edad en que aparecieron los pitos?meses

2 - ¿Cómo describiría los episodios de pitos que tiene su hijo/a?

1. Tiene pitos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección
2. Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos
3. Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos

3 - ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo desde la visita del primer año en la Fe?

1. Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección
(Por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho)
2. Ocasionalmente o a veces tiene el pecho cargado
3. Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está

3a –Desde la visita del primer año en la Fe, ¿Ha tenido su hijo/a una tos que haya durado más de 3 semanas?

1. Ninguna (pasar pregunta 4)
2. 1 o 2 episodios de tos > 3 semanas
3. Entre 3 y 5 episodios de tos > 3 semanas
4. Entre 6 y 9 episodios de tos > 3 semanas
5. Tiene tos la mayor parte del tiempo
9. NS/NC

3b – Durante este tiempo, su hijo ha sido visto por un pediatra o médico por una tos que haya durado más de 3 semanas y que no se debiera a resfriado o gripe?

1. SI
2. NO
9. NS/NC (pasar pregunta 4)

3c - ¿En cuantas ocasiones?

4 - ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mucosa desde la visita del primer año en la Fe?

1. Ninguna (pasar pregunta 5)
2. 1 o 2
3. Entre 3 y 5
4. Entre 6 y 12
5. Más o menos siempre lo está
9. NS/NC (pasar pregunta 5)

5 - ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo en desde la visita del primer año en la Fe?

1. Ninguna (pasar pregunta 7)
2. 1 o 2
3. Entre 3 y 5
4. Entre 6 y 12
5. Más o menos siempre lo está
9. NS/NC (pasar pregunta 7)

6 - Si ha tenido su primera infección de oído desde la visita del primer año en la Fe ¿Qué edad tenía, entonces?

..... (meses)

7 - ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede indicar más de uno)

- Varicela.....1. Sí 2.No
 Eccema atópico..... 1. Sí 2.No (pasar a 7b)
 Eccema seborreico..... 1. Sí 2.No
 Herpes Simplex..... 1. Sí 2.No
 Impétigo..... 1. Sí 2.No
 Ninguno..... 1. Sí 2.No

7 b- En caso de que haya padecido Eccema atópico, ¿Qué fármacos le fueron prescritos para tratar ese problema. Enumerarlos

- 1..... 3.....
 2..... 4.....

8 - Indique si desde la visita del primer año en la Fe ha requerido asistencia médica para su hijo/a, fuera del control pediátrico habitual. (Puede indicar más de una opción) ¿Dónde? (Hospital La Fe, Centro Salud Burjassot...) Rellenar cada casilla con el código (ver codificación página siguiente) y especificando qué centro de Salud, qué Hospital...Especificar en Otitis que sean "Otitis Medias": se tratan con jarabe mucolítico o antibiótico-->preguntar el tratamiento para comprobarlo

¿ha requerido asistencia médica para su hijo/a, fuera del control pediátrico habitual.?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta 9)

	1.CAP	2.PRIVADO	3.URGENCIAS	4.INGRESOS
Gastroenteritis	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _
Faringitis	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _
Amigdalitis	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _
Otitis Media	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _
Resfriado Común	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _
Infección tracto urinario	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _
Otros Especificar	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _ Centros: 1..... 2.....	Nº veces _ _

9 - ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo/a tenía una infección en el pecho?

- 1. SI
- 2. NO
- 9. NS/NC

9.a Por favor, especifique si a su hijo/a le ha sido diagnosticado/a alguno de estos problemas respiratorios?

(En caso afirmativo, indique su fecha de aparición y la medicación recibida) *Nos interesa la fecha de inicio de cada episodio: si nos da fechas de seguimiento de un episodio, rellenar sólo la inicial. Ej: Neumonía 1/1/2007, 3/1/2007, 7/1/2007...serían fechas de seguimiento y no las consideramos*

	¿Tiene?	Tipo de asistencia				Fecha de inicio	Lugar de asistencia (p.ej: H.La Fe)	Medicación recibida
a. Bronquiolitis	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
b. Neumonía	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
c. Bronquitis	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		
	1.Sí 2.No	1	2	3	4	___/___/___		

- 1. Visita ambulatoria a un centro de atención primaria (CAP)
- 2. Visita ambulatoria a un centro de atención privado (o mutuas)
- 3. Visita a urgencias en un centro hospitalario
- 4. Ingreso en Hospital

10 - Desde la visita del primer año en la Fe ¿Su hijo ha tomado alguna vez antibióticos? (preguntar el nombre para comprobar que es un antibiótico)

- 1. SI
- 2. NO (pasar pregunta 12)
- 9. NS/NC

11 - ¿Por qué? (puede señalar más de una opción)

	11a -Nº de veces	11b-Nombre
1. Pecho	_____	_____
2. Oído	_____	_____
3. Piel	_____	_____
4. Otras: _____	_____	_____

(nº de veces se refiere a nº de veces recetado y no a nº de tomas)

12 - Desde la visita del primer año en la Fe ¿Su hijo/a ha padecido algún cuadro de diarrea y/o vómitos?

- 1. SI
- 2. NO (pasar a la pregunta 13)
- 9. NS/NC (pasar a la pregunta 13)

12 a ¿En cuántas ocasiones?

13 –¿Su hijo/a ha presentado algún tipo de reacción con algún alimento?

1. Sí
2. No (pasar a la pregunta 15)

13 a – Si ha tenido alguna reacción, complete la siguiente tabla:

TIPO ALIMENTO	SITIO REACCION				TIPO DE REACCION		
	CUTANEA	INTESTINAL	CONJUNTIVAL	RESPIRATORIA	INMEDIATA	MEDIATA	TARDIA
1.	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1	2	3
2.	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1	2	3
3.	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1	2	3
4.	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1	2	3

A. Por sitio de reacción se entiende los órganos o sistemas donde se manifiesta la alergia alimentaria (eg, cutánea, intestinal, conjuntival, respiratoria).

B. Por tipo de reacción, se entiende el tiempo que transcurre entre la incorporación del alimento y la aparición de los síntomas. Así se describen reacciones: 1) inmediatas cuando aparecen los síntomas dentro de los 90 minutos, 2) mediatas en las cuales la clínica dentro de las primeras 48 h 3) tardías, cuando los síntomas aparecen mas allá de los dos días de ingerir el alimento.

13 b- ¿Al menos a eliminado uno de esos alimentos de su dieta?

1. Si
2. No (pasar pregunta 15)

13 c – Indicar los alimentos eliminados

1.
2.
3.
4.

14 – ¿Alguno de esos episodios fue caracterizado como una alergia alimentaria, por diagnóstico de un médico?(Si no sabe el nombre de la prueba diagnóstica ponemos “NSNC”, y si no le hicieron ninguna aunque la opción señalada sea Si ponemos “Ninguna”).

1. Si Especificar prueba diagnóstica: _____
2. No

15 – Enumere si su hijo/a tiene alguna de estas condiciones en la piel(A fecha de la encuesta 2 años)

- a. Piel seca en general:..... 1. Si 2. No
- b. Manchas rojas que pican:..... 1. Si 2. No (pasar pregunta 16)
 - b1. Estas manchas se localizan en:
 - b.1.1. Zonas de flexión..... 1. Si 2. No
(pliegue del codo, detrás de rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo)
 - b.1.2. Superficie externa (brazos y piernas) 1. Si 2. No
 - b.1.3. Mejillas 1. Si 2. No
 - b.1.4. Otros 1. Si 2. No

CONSUMO DE AGUA

16. ¿Cuál es el origen principal del agua que bebe actualmente su hijo/a? (indicar un sólo origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 Agua municipal (del grifo) *pasar pregunta 16 a.*
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada. Marca: _____
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

16a. Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1 Sí Indicar tipo: _____
- 2 No

CAMBIO DOMICILIO Y GUARDERIA

CD1. ¿Ha cambiado de domicilio desde la última entrevista?

- 1. Si (*cuestionario cambio domicilio y actualización datos*) → CD1.a Fecha Cambio: ___/___/___
- 2. No (*pasar a pregunta 17*)

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?

- 01 Una vivienda unifamiliar separada de otras casas
- 02 Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
- 03 Un piso (finca) --> Pasar a pregunta CD5
- 04 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 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 |
-

17. ¿Acude su hijo/a a la guardería?

1 No (pasar a la pregunta 20)

2 Sí, Media jornada

3 Sí, todo el día

→ 17a ¿Es la misma que en el anterior cuestionario? 1 Sí (pasar a p.18)
2 No (pasar a 17a1)
3 No acudía a ninguna (pasar a 17a1)

17.a.1 Nombre de la guardería:.....

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

Municipio (urbanización)..... CP:.....

17.a.2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez? |_|_| meses

17.b.1 Nombre de la guardería:.....

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

Municipio (urbanización)..... CP:.....

17.b.2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez? |_|_| meses

18. ¿Cómo acude habitualmente? *La opción más frecuente*

1. caminando
2. en coche o taxi
3. autobús
4. en tren o metro o tranvía
5. en bicicleta
6. motocicleta o ciclomotor

19. ¿Cuánto tiempo tarda?.....(minutos)

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

1 No (pasar a la pregunta 23)

2 Sí, Media jornada

3 Sí, todo el día

→ 20.a ¿Es la misma que en el anterior cuestionario? 1. Sí (pasar a p.21)
2. No pasar a p.20a1)
3. No acudía a ninguna (pasar a 20a1)

20.a1 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....

Municipio (urbanización)..... CP:.....

20.a2 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....

Municipio (urbanización)..... CP:.....

20.b1 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez? |_|_| meses

20.b2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez? |_|_| meses

21. ¿Cómo acude habitualmente? *La opción más frecuente*

1. caminando
2. en coche o taxi
3. autobús
4. en tren o metro o tranvía
5. en bicicleta
6. motocicleta o ciclomotor

22. ¿Cuánto tiempo tarda?.....(minutos)

TIEMPO-ACTIVIDAD

23. ¿Cuánto tiempo a la semana su hijo/a.....? *(en horas y minutos)*

Por meses fríos se entiende los 4 meses del año más fríos (noviembre, diciembre, enero y febrero), por meses cálidos el resto del año

		a. Entre semana		b. Fines de semana	
		1. Meses fríos	2. Meses cálidos	1. Meses fríos	2. Meses cálidos
	1. En el jardín o parque al lado de la casa				
	2. Otros lugares exteriores				
	3. Otros lugares interiores <i>(tiendas....)</i>				
	4. En una calle con mucho tráfico <i>(No paran de pasar coches)</i>				
Se desplaza:	5. Total en coche				
	6. Total en autobús				

24. ¿Acude su hijo/a a algún lugar a pasar las vacaciones fuera de su domicilio habitual? *Se refiere a todo un mes en un mismo sitio* *Por ejemplo apartamento Benicasim, casa de abuelos Náquera, etc*

1. SI → {
 2. NO (pasar a p.25) {
 Cuanto tiempo:.....días
 Donde:.....

25. ¿Cuántas horas al día suele dormir su hijo/a, incluida la siesta?

_____ horas/día

26. Cuántas minutos ve la televisión su hijo,

26.a Durante la semana?

_____ min/día

26.b Los fines de semana?

_____ min/día

DORMITORIO DEL NIÑO

Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en?

Modificación en:	Sí	No	Si Sí, especificar situación actual
27. Habitación en que duerme el niño	1	2 → Pasar a p.27	<p>27.a1 El niño/a duerme solo/a (pasar a 27.b)</p> <p>27.a2 Duerme con otras personas (pasar a 27.c)</p> <p>27.b Edad en meses cuando cambió:.....</p> <p>27.c Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño /a (sin contarlo a él /ella) _ </p> <p>27.c.1. Nº de personas por grupo de edad</p> <p>1. niños menores de 12 años _ </p> <p>2. entre 12-64 años _ </p> <p>3. Mayor de 65 años _ </p>
28. Tipo de colchón	1	2 → Pasar a p.28	<p>28.a ¿Qué tipo/s de colchón utiliza en la cama/cuna su hijo/a? (no son excluyentes)</p> <p><input type="checkbox"/> Ns/Nc</p> <p>a. Lana 1.Sí 2. No</p> <p>b. Espuma 1.Sí 2. No</p> <p>c. Muelles 1.Sí 2. No</p> <p>d. Látex 1.Sí 2. No</p> <p>e.Otros 1.Sí 2. No</p> <p>(indicar):.....</p> <p>28.b. ¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño? _ _ años</p>
29. Tipo de almohada	1	2 → Pasar a p.29	<p>29.a. ¿ De qué tipo? <i>(no son excluyentes)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ns/Nc</p> <p>a. Lana 1.Sí 2. No</p> <p>b. Espuma 1.Sí 2. No</p> <p>c. Látex 1.Sí 2. No</p> <p>d. Plumas 1.Sí 2. No</p> <p>e.Otros 1.Sí 2. No</p> <p>(indicar):.....</p>

COCINA-CALEFACCIÓN-CALENTADOR DEL AGUA

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

Modificación en:	Sí	No	Si Sí, especificar situación actual
30. Tipo de cocina 31. Uso del extractor	1	2 → Pasar a p.31	30.a Tipo de cocina actual (respuesta única): 1. Gas natural 2. Gas butano 3. Gas propano 4. Eléctrica 5. Carbón, madera 6. Otro..... 31.a Uso actual: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 4. No tiene extractor
32. Tipo de calefacción <i>Indicar en el espacio entre corchetes donde ha sido el cambio en caso de que halla más de uno</i>	1	2 → Pasar a p.33	32.a ¿Dónde? (no son excluyentes) 1. habitación del niño/a 2. lugar de juegos 3. resto de la casa 32.b Tipo de calefacción actual: a. Gas Natural.....[1][2] [3] b. Gas butano (estufa).....[1][2] [3] c. Gas propano..... [1][2] [3] d. Gasoil.....[1][2] [3] e. Eléctrica.....[1][2] [3] f. Chimenea abierta al exterior.. [1][2] [3] g. Estufa de carbón o madera.....[1][2] [3] h. Otros.....[1][2] [3]
33. Calentador del agua	1	2 → Pasar a p.34	33.a Tipo de calentador de agua actual: 1. Gas Natural 2. Gas butano 3. Gas propano 4. Caldera de aceite/fuel o gasoil 5. Eléctrica 6. Parafina o queroseno 7. Carbón o madera 8. Otros..... 33.b Ubicación:..... 33.c ¿Existe ventilación? 1. Sí 2. No

CASA

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

En cuanto a:	34. Cortinas	1	2 → pasar a p.35	34.a ¿Donde? a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No
	35. Manchas de humedad	1	2 → pasar a p.36	35.a ¿Donde? a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No
	36. Doble cristal	1	2 → pasar a p.37	36.a ¿Donde? a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No
	37. Muñecos de peluche	1	2 → pasar a p.38	37.a ¿Donde? a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No
	38. Moqueta	1	2 → pasar a p.39	38.a ¿Donde? a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No
	39. Alfombras	1	2 → pasar a p.40	39.a ¿Donde? a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No
	40. El tipo de suelo ¿De qué es?.....	1	2 → pasar a p.41	40.a ¿Donde? a. Habitación del niño.....1. Sí 2. No b. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No c. Resto de la casa.....1. Sí 2. No

41. ¿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 42

→ 41.a Si Sí Nº de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)): |_|_|

ANIMALES DOMÉSTICOS

42. ¿Ha habido alguna modificación en cuanto a los animales domésticos desde el último cuestionario? *Mirar lo que ha contestado en el anterior cuestionario*

- 1 Si . Cumplimentar la tabla.
- 2 No.

	42.a ¿Tiene?		42.b Desde cuando	42.c Hasta cuando	42.d Nº	42.e ¿Viven en casa?		42.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
	1	2				1	2	1	2

TABACO

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

1. Si (pasar pregunta 46)
2. NO

43.a ¿Qué cantidad fuma/n (al día)? (referido al promedio desde la visita en la Fe) En casa se refiere dentro de la casa, la terraza, un patio interior, un jardín, etc, se considera fuera de la casa

	Si	No	43.a Total cig./día	43.b Cig./día en casa	43.c Fuma en casa en presencia del niño/a
Madre	1	2	□□□□	□□□□	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
Otro 1:	1	2	□□□□	□□□□	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 2:	1	2	□□□□	□□□□	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 3:	1	2	□□□□	□□□□	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca

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

1 SI 2 NO

_____ → **44.a ¿Dónde?**

- a. Otras casas.....1. Sí 2. No
- b. Bares/restaurantes1. Sí 2. No
- c. Guardería1. Sí 2. No
- d. Otro:..... 1. Sí 2. No
- especificar.....

45. Con qué frecuencia:

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

46. Desde la última visita a La Fe. ¿Alguien que conviva con el niño/a ha dejado de fumar?

1. Sí
2. No (fin cuestionario)

46 a. ¿Quién?

- | | | | |
|---------|------------------|----------|----------|
| 1 Madre | | Mes..... | Año..... |
| 2 Padre | | Mes..... | Año..... |
| 3 Otros | Especificar..... | Mes..... | Año..... |
| 4 Otros | Especificar..... | Mes..... | Año..... |

OBSERVACIONES: