

CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL NIÑO/A 9 AÑOS

a) ID. NUM. NIÑO/A: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	b) Fecha Realización: ___/___/___
c) ENTREVISTADO/A: _____	d) ENTREVISTADOR/A: _____

CD.-ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CAMBIO DE DOMICILIO

1 ¿Ha cambiado de domicilio desde la última entrevista (7 años)?

1. Sí → Fecha Cambio: ___/___/___

0. No (PASAR A PREGUNTA CC1).

CASA ACTUAL		
Dirección actual:		
Calle	Nº	Puerta
Municipio		CP
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	
Teléfono móvil:		
Correo electrónico:		
Nº Teléfono de posibles contactos (amigos, familiares):		
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:

2 Edad de su casa en años:

1. <5
2. de 5 a 14
3. de 15 a 29
4. >30
9. 99. NS/NC

3 ¿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 (en un edificio de viviendas) → Pasar a pregunta 5.
4. Otros (por favor, especifique)..... → Pasar a pregunta 5

4 Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa?

1. Sí
0. No

5 ¿En qué piso-altura se haya su vivienda? (marque 0 si es planta baja) |__|__|

6 Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baños(s): |__|__|

7 Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza): |__|__|__|__| 9999 Ns/Nc

8 Su casa, ¿tiene jardín, huerto o corral con plantas? (no incluir balcones o terrazas)

1. Sí
0. No (pasar a la pregunta 10)

9 ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?

1. Sí
2. No (pasar a la pregunta 10)

9.a ¿Con qué frecuencia?

1. Todos los meses
2. Cada 2-3 meses
3. 3 veces al año
4. Ocasionalmente

9.b ¿Quién realiza la fumigación?

1. Padres
2. Profesionales
3. Otros

9.c ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?: |_|_|_| min.

9.d Tras o durante la aplicación, ¿su hijo/a permanece en la zona tratada?

1. Sí. (Pasar a la pregunta 9.e)
0. No → Especificar horas de espera tras la aplicación del producto:
.....

9.e ¿Guarda los productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc...) en la casa?

1. Sí
0. No

9.e.1 ¿Dónde los guarda?

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

10 ¿En los alrededores de su residencia hay algún lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?

1. Sí
0. No (pasar a la pregunta 11)

10.a ¿A qué distancia?

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

11 ¿En los alrededores de su residencia hay alguna zona con actividad agrícola (campos cultivados)?

1. Sí
0. No

11.a ¿A qué distancia?

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

CC.-ACTUALIZACIÓN DE DATOS CAMBIO DE COLEGIO

1. ¿Su hijo/a ha cambiado de colegio desde la última entrevista (7 años)?

1. Sí (Rellenar datos del colegio)
0. No (Pasar a la pregunta DC2)

DC.-DATOS DEL COLEGIO DEL NIÑO/A:

1. Datos del colegio actual

1. Municipio:
2. Nombre colegio:
3. Dirección:
4. Tiempo que el niño pasa en la escuela (Horas/Día):

2. Curso que realiza.....

3. ¿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

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

IG.-INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO/A (Situación de la madre)

1. En la actualidad, ¿cuál es su estado civil?

1. Casada
2. Pareja estable (no casada)
3. Soltera (nunca se ha casado)
4. Separada (pero todavía legalmente casada)
5. Divorciada
6. Viuda
7. Otros, especificar:.....

2. En la actualidad, ¿cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vive usted?

1. Vive con el padre del niño/a del proyecto.
2. Vive con otra pareja.
3. No vive con otra pareja pero si tiene una relación de pareja (ej. La pareja vive en el extranjero o en otra propiedad).
4. No vive con otra pareja y no tiene una relación de pareja (Vive sola con su hijo/a o hijos/as)
5. Vive con los abuelos del niño/a del proyecto.
6. Otros, especificar.....

3. ¿Cuántas personas viven en su casa? (sin contar al niño del proyecto) |_|_|_|

4. ¿Qué edades tienen las personas, incluyéndose a usted mismo/a, que viven en su domicilio o alojamiento? (sin contar al niño del proyecto)(Si desconoce la edad, por favor dé la mejor estimación

Hay alguien (escriba el número de personas en ese rango de edad):-

1. Menor de 2 años |_|_|_|
2. Entre 2 -15 años |_|_|_|
3. Entre 16 - 17 años |_|_|_|
4. Entre 18 - 64 años |_|_|_|
5. 65 años y mayor |_|_|_|

5. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden (incluido fines de semana)?

- 1. Sí, unas horas
- 0. No (pasar a CC1)

5.a.1 Número (horas/día).....

Dirección: Calle.....nº.....piso.....puerta.....
Municipio:..... CP:.....

5.b.2 Número (horas/día).....

Dirección: Calle.....nº.....piso.....puerta.....
Municipio:..... CP:.....

C.- CASA

1. Por favor, indique el número de habitaciones en su casa:

Entrevistador: 'Otras habitaciones' incluyen baños, cocina y galería. No incluye pasillos

Habitación	Número
1. Salas de estar (salones)	
2. Dormitorios	
3. Otras habitaciones	

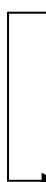
2. Por favor marque la casilla si su casa tiene los siguientes elementos en las habitaciones especificadas:

Entrevistador: en caso de que tenga más de 1 salón las preguntas se refieren al salón donde pase más tiempo el niño. Marcar Si/No, sin quedar espacios en blanco. Baño, no se tienen en cuenta las cortinas de la ducha. Si se tiene en cuenta la alfombrilla de los pies. Dormitorio niño si se tiene en cuenta la alfombra de los pies.

	1. Salón/sala de estar	2. Dormitorio del hijo/a	3. Baño
1. Cortinas			
2. Doble acristalamiento			
3. Peluches			
4. Moqueta			
5. Alfombras			
6. Si tiene alfombras, ¿cuántos meses al año las tiene en el suelo?			

3. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio en los últimos 12 meses?

- 1. Sí, obras
- 2. Sí, pintado
- 3. Sí, ambas cosas
- 0. No → (Pasar a pregunta 4)



Nº de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)): |||
(Incluye pasillos y galería).

4. ¿De qué material están construidas principalmente las paredes exteriores de su casa/ apartamento?

1. Ladrillo
2. Hormigón
3. Madera
4. Piedra
5. No sabe
6. Otro, especifique _____

5. En los últimos 12 meses, ¿se han utilizado alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa?

	1. Nunca	2. Menos de una vez a la semana	3. Entre 1 y 3 veces a la semana	4. Entre 4 y 7 veces a la semana
1. Lejía	1	2	3	4
2. Amoniaco	1	2	3	4
3. Limpia muebles líquido	1	2	3	4
4. Abrillantadores/pulidores, ceras (suelo, muebles)	1	2	3	4
5. Líquido fregasuelos	1	2	3	4
6. Sprays de limpieza muebles	1	2	3	4
7. Sprays limpiacristales	1	2	3	4
8. Spray desengrasante (incluye sprays para la limpieza del horno) Ej: KH7	1	2	3	4
9. Spray multiusos para la limpieza Ej: Glassex	1	2	3	4
10. Disolventes (incluye quitamanchas)	1	2	3	4
11. Ácidos, incluidos descalcificadores Ej: Salfumán o Viakal	1	2	3	4
12. Sprays ambientadores	1	2	3	4
13. Ambientadores eléctricos o de otro tipo (no spray)	1	2	3	4
14. Productos de limpieza perfumados	1	2	3	4

6. ¿Con qué frecuencia está su hijo/a presente cuando se limpia la casa? (Se incluye barrer el suelo, quitar el polvo, etc)

1. Nunca
2. Menos de una vez por semana
3. 1-3 veces por semana
4. 4-7 veces por semana

7. ¿Tiene aspirador?

1. Sí
0. No

7.a. ¿Con qué frecuencia pasa el aspirador en su casa?

1. Más de una vez por semana
2. Una vez por semana
3. Menos de una vez por semana

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

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

9. ¿Considera que su casa tiene humedades?

1. Sí
0. No

10. ¿Hay moho o manchas de moho en su vivienda (exceptuando en la comida)?

1. Sí
0. No (pasar a DN1)

11. En caso afirmativo, ¿en qué habitaciones de su casa?

1. Dormitorio del hijo/a
2. Desván
3. Sótano
4. Resto de la casa

DN DORMITORIO DEL NIÑO/A

1. Actualmente, el niño duerme:

1. Solo/a en su habitación (Pasar a la 2)
2. Con otras personas en su habitación

Nº de personas por grupo de edad

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | Niños menores de 12 años | __ |
| 2 | entre 12-64 años | __ |
| 3 | Mayor de 65 años | __ |

2. ¿Qué tipo de colchón ha utilizado en la cama de su hijo/a en los últimos 12 meses? (se puede marcar más de una opción):

1. Lana
2. Espuma
3. Muelles
4. Látex
5. Viscoelástico
6. Otros (indicar):.....
7. NS/NC

2.a ¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño? |__|__| años

3. ¿En qué piso/planta se encuentra el dormitorio de su hijo/a? _____ (0 = planta baja, 1 = primera planta etc)

4. ¿Cuántos pisos hay en su casa o en su bloque de pisos (edificio) en total? _____

Un edificio con solo planta baja tendría "un piso/planta". No cuente el sótano, y cuente el desván como un piso en si mismo si alguien puede estar allí de pie. Esta pregunta no se refiere al piso en si sino al edificio donde se encuentra el apartamento.

5. ¿Qué tipo de acristalamiento tiene el dormitorio de su hijo/a?

1. Acristalamiento simple
2. Acristalamiento doble
3. Acristalamiento triple
4. No sabe

CCC.-COCINA-CALEFACCIÓN-CALENTADOR DEL AGUA

1 ¿Tiene extractor encima de los fogones en su cocina?

1. Si
0. No *(Pasar a pregunta 2)*

1b. Cuando cocina, ¿utiliza el extractor?

1. Siempre
2. A veces
3. Nunca

2 ¿Qué tipo de horno tiene?

1. Gas natural
2. Gas butano
3. Gas propano
4. Eléctrico
5. Carbón
6. Leña
7. Otro:

3 ¿Qué tipo de encimera tiene?

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. Gas natural2. Gas butano3. Gas propano | } | <i>(Pasar a pregunta 3b)</i> |
| <ol style="list-style-type: none">4. Eléctrico5. Carbón6. Leña7. Otro: | | |

3b. Si tiene encimera de gas, por favor conteste la pregunta: ¿Cuántos minutos al día, en promedio, cocina usted con encimera de gas?

1. Menos de 30 minutos
2. 30 minutos a una hora
3. 1 a 2 horas
4. Más de 2 horas

4 ¿Cuántas veces a la semana cocina usted con una sartén antiadherente?

_____ veces a la semana

5 ¿Tiene usted calefacción central?

1. Si
0. No *(pasar a pregunta 8)*

6 ¿Qué tipo de caldera de agua central tiene (para agua caliente y / o calefacción central)?

(Marque todas las que correspondan)

1. No tiene caldera de agua central *(pasar a pregunta 8)*
2. Gas Natural
3. Gas Butano
4. Gas Propano
5. Eléctrico
6. Carbón
7. Leña
8. Diesel /aceite
9. Intercambiador de calor
10. Otro:

7 ¿Dónde está localizada la caldera de agua central?

1. Cocina
2. Baño
3. Trastero
4. Salón/sala de estar
5. Fuera de la casa /apartamento
6. Otro:.....

8 ¿Qué tipo de calentador de agua tiene?

1. De gas natural
2. De gas butano o propano
3. Eléctrica
4. Gasoil
5. Solar
6. Otros Especificar:

8.a Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en total ha usado el calentador? *(si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)*

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

8.b Ubicación del calentador

1. Exterior de la vivienda (balcón o patio).
2. Interior de la vivienda (cocina u otra habitación)

9 ¿Tiene usted el siguiente tipo de calentadores individuales (en lugar de, o además de calefacción central) en su sala de estar o en el dormitorio del hijo/a? (Marque las que corresponda)

	Sala de estar/ Salón	Dormitorio del hijo/a
1. Gas Natural		
2. Gas Butano		
3. Gas Propano		
4. Chimenea abierta <i>(de carbón principalmente)</i>		
5. Chimenea abierta <i>(principalmente de madera).</i>		
6. Estufa de leña cerrada o chimenea cerrada		
7. Eléctrico		
8. Otros.....		

10 ¿Tiene aire acondicionado en su vivienda actualmente?

1. Sí

0. No *(pase a la pregunta AD1.)*

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

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

AD.-ANIMALES DOMÉSTICOS

1. ¿Ha tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?

1. Sí *(Cumplimentar la tabla).*

0. No

Solo de aquellos que tiene o ha tenido en los últimos 12 meses	1.a. ¿Tiene ahora?	1.b Número (mínimo 6 meses)	1.c. ¿Viven o vivían en casa?	1.d. ¿Duermen o dormían en la habitación del niño?
Perro/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Gato/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Pájaro/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Hámster/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Otros:	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Otros:	SI/NO		SI/NO	SI/NO

2. En los últimos doce meses ¿Ha utilizado insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en el interior de su casa? (incluye balcones o terrazas)

1. Sí

0. No

(Pasar a pregunta 4)

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

	Frecuencia	1. Dormitorio niño/a	2. Resto de la casa	3. Especificar (no son excluyentes)	4. Ventilación casa (mientras se aplica)	5. Permanece el niño en misma habitación durante la aplicación	6. Horas espera antes de entrar a la habitación
a. Sprays insecticidas	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	1. Sí 0. No	1. Sí 0. No	
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	1. Sí 0. No	1. Sí 0. No	
c. Trampas con producto químico (ej para las cucarachas)	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....			
d. Polvos insecticidas	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....			
e. Otros. Especificar:	1 Todo el año 2 De manera estacional 3 Esporádicamente 4 Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	a. Mosquitos b. Moscas c. Cucarachas d. Hormigas e. Otro.....	1. Sí 0. No	1. Sí 0. No	

3. En los últimos 12 meses ¿Ha contratado el servicio de profesionales para combatir alguna plaga en su domicilio?

1. Sí

0. No

(pasar a 4)

3.a Frecuencia

1. Todo el año

2. De manera estacional

3. Esporádicamente

4. En los últimos 12 meses ¿Su hijo/a ha utilizado algún tipo loción, colonia, parches, pulsera repelente corporal para los mosquitos? (se refiere a químico, no incluir remedios naturales)

1. Sí

0. No

(pasar a 5)

4.a Frecuencia

1. Todo el año
2. De manera estacional
3. Esporádicamente

5. En los últimos 12 meses ¿Su hijo/a ha utilizado algún tipo de champú o loción repelente para los piojos? (se refiere a producto químico, no incluir remedios naturales como vinagre, árbol de té, tratamiento con Dimeticona....)

1. Sí
0. No (pasar a T1)

5.a Frecuencia

1. Todo el año
2. De manera estacional
3. Esporádicamente

T.-TABACO

1. ¿Fuma alguna persona de las que conviven con el niño/a?

1. Sí (pasar a la 1a)
0. No (pasar pregunta 2)

1.a ¿Qué cantidad fuma al día? Cigarrillos/día (referido al promedio de la última semana) En casa se refiere dentro de la casa (la terraza, un patio interior, un jardín, etc., se considera fuera de la casa)

	SÍ/NO	1.a total cigarrillos/día	1.b cigarrillos /día en casa	1.c Fuma en casa en pres del niño/a	1.d. Fuma en el comedor de la casa
Madre	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Padre	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 1:	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 2:	SÍ/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca

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

0. No (pasar a la M1)
1. Sí

¿Dónde?

1. Otras casas SI/NO
2. Locales de ocio SI/NO
3. Otro: SI/NO (especificar)

2.a Con qué frecuencia:

1. Menos de una vez por semana
2. Una vez por semana
3. 2-3 veces por semana
4. Más de 3 veces por semana

M.- MOLESTIAS

Ruido

1. ¿Le perturba o molesta el ruido del tráfico fuera de la casa a su hijo/a cuando está ocupado en alguna de las siguientes actividades en el interior de la vivienda?

	Muy a menudo	Bastante a menudo	A veces	Casi Nunca	Nunca
a. Haciendo deberes u otras actividades que exigen concentración					
b. Comunicación					
c. Viendo la TV, o escuchando música, , radio o dispositivos similares.					
d. Jugando					
e. Durmiendo					
f. Otras actividades, por favor especifique: _____					

2. ¿Con qué frecuencia le molestan a su hijo/a las siguientes fuentes de ruido?

	Muy a menudo	Bastante a menudo	A veces	Casi Nunca	Nunca
a. Otros niños en la casa					
b. Otras actividades en la casa (TV, música, adultos....)					
c. La gente de la calle					
d. Tráfico de la calle					
e. Vecinos					
f. Bares, pubs, discotecas					
g. Talleres, industrias					
h. Obras (públicas y/o privadas)					
i. Otro (especifique).....					

3. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que son habituales en su casa (puede señalar más de una) y su grado de molestia (grado de molestia a los padres)

	¿Son habituales?		Grado de molestia				
	Sí	No		Mucho	Bastante	Poco	Nada
a. Niños en la casa	1	0	3a1	1	2	3	4
b. Otras actividades en la casa (TV, música, adultos....)	1	0	3b1	1	2	3	4
c. Gente en la calle	1	0	3c1	1	2	3	4
d. Tráfico en la calle	1	0	3d1	1	2	3	4
e. Vecinos	1	0	3e1	1	2	3	4
f. Bares, pubs, discotecas	1	0	3f1	1	2	3	4
g. Talleres, industrias	1	0	3g1	1	2	3	4
h. Obras (públicas y/o privadas)	1	0	3h1	1	2	3	4
i. Otras (especificar).....	1	0	3i1	1	2	3	4
j. Ninguna	1	0	3j1	1	2	3	4

Contaminación Atmosférica

4. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación del aire si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc del tráfico, industria etc.)

1. No le molesta en absoluto
2. Le molesta ocasionalmente
3. A veces
4. Le molesta a menudo
5. Le molesta casi siempre

A.B.A.- AGUA, BAÑO Y ASEO

1. ¿Cuál es el origen principal del agua que BEBE el niño/a en su residencia habitual?
(Indicar solamente un origen, el que usted considere más frecuente)

1. Agua directa de la red municipal (*responder 1.a*)
2. Pozo privado
3. Agua embotellada
4. Otro origen (especificar):
9. No sabe

1a. Si el origen del agua que bebe es municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

1. Sí *(Pasar 1b)*
0. No

1b. Indicar tipo de filtro:

1. Jarra con filtro
2. Osmosis inversa
3. Otros (especificar):

H.L.- HISTORIAL LABORAL

MADRE

1. ¿Cuál es su situación laboral actual?

1. Empleado (*con y sin contrato*)
2. Desempleado
3. Estudiante
4. Amo/a de casa
5. En rehabilitación/discapacitado
6. Militar
7. Baja Laboral
8. Otro
9. No desea contestar

2. ¿Ha cambiado su situación laboral en los últimos cinco años? (*tener como referencia el mismo mes del año en que se hace la encuesta*) (*si está en la misma situación laboral que en la pregunta 1, contestar NO aunque entre medio haya tenido situaciones diferentes*).

1. Si
 2. No
 3. No desea contestar
- } (Pasar a pregunta 4)

3. En caso afirmativo, por favor indique como ha cambiado su situación laboral.

1. Ha sido empleado
2. Ha sido desempleado
3. Se ha jubilado
4. Ha comenzado estudios
5. Otro, por favor especifique.....

PADRE

4. ¿Cuál es la situación laboral actual del padre de su hijo/a?

10. Empleado (*con y sin contrato*)
11. Desempleado
12. Estudiante
13. Amo/a de casa
14. En rehabilitación/discapacitado
15. Militar
16. Baja Laboral
17. Otro
18. No desea contestar

5. ¿Ha cambiado la situación laboral del padre de su hijo/a en los últimos cinco años?

1. Si
 2. No
 3. No sabe
 4. No desea contestar
- } (Pasar a pregunta 7)

6. En caso afirmativo, por favor indique como ha cambiado la situación laboral del padre de su hijo/a.
1. Ha sido empleado
 2. Ha sido desempleado
 3. Se ha jubilado
 4. Ha comenzado estudios
 5. Otro, por favor especifique.....
7. ¿Cómo de bien diría que su familia maneja la economía familiar en estos días? Diría que está: (Marque SÓLO UNA casilla)
1. Viviendo cómodamente
 2. Va bien
 3. Va tirando
 4. Resultándole bastante difícil
 5. Resultándole muy difícil
 6. No desea contestar
8. En comparación con hace cinco años, ¿Cómo diría que su familia se maneja financieramente ahora? (Marque SÓLO UNA casilla)
1. Mejor
 2. Similar
 3. Peor
 4. No desea contestar

USO DE TELÉFONOS MÓVILES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

1 ¿Tiene su hijo/a actualmente un teléfono móvil propio?

Se refiere a un teléfono móvil para él/ella o un móvil compartido con un hermano/hermana u otro miembro de la familia

1. Si
2. No (Pasar a pregunta 2)

1.b ¿Desde cuándo ha tenido su hijo/a un teléfono móvil? ___ ___ / ___ ___ (MM/AA)

2. En promedio, ¿Cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo/a con el teléfono móvil? (se

refiere a todos los teléfonos móviles, y no sólo a su teléfono móvil propio)

1. Ninguna (pasar a la pregunta 2d)
2. Menos de una por semana (pasar a la pregunta 2b)
3. Una vez por semana o más, especifique en la siguiente pregunta (2a)
4. No sabe

2.a Aproximadamente, ¿Cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo/a con el teléfono móvil, si realiza y/o recibe llamadas al menos una vez por semana o más?

_____ llamadas a la semana o _____ llamadas al día

(se refiere a todos los teléfonos móviles, y no sólo a su teléfono móvil propio)

2.b En promedio, ¿Cuánto tiempo pasa su hijo/a realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono móvil? en minutos por día _____ o en minutos por semana _____

(se refiere a todos los teléfonos móviles, y no sólo a su teléfono móvil propio)

2.c En caso afirmativo, ¿cuándo empezó su hijo/a a utilizar regularmente (al menos una vez por semana) el teléfono móvil para realizar o recibir llamadas?

1. A los 5 años o antes
2. A los 6 años
3. A los 7 años
4. A los 8 años
5. A los 9 años
6. A los 10 años
7. Aún no ha empezado a realizar o recibir llamadas al menos una vez por semana

2.d ¿Cuál es la marca y el modelo del teléfono móvil que usa con más frecuencia su hijo/hija actualmente? Sea para hacer o recibir llamadas, para sms, whats app, jugar etc p.e. 'Samsung Galaxy S2' _____ *deje en blanco si no se conoce (especificar todo lo que se pueda)*

3 ¿Utiliza su hijo/a el teléfono móvil para Enviar Mensajes de Texto (SMS)? *(incluyendo WhatsApp y Ping)*

1. Si
 2. No
 3. No sabe
- } *(Pasar a pregunta 4)*

3.a ¿Cuántos mensajes de texto envía su hijo/a habitualmente? _____ por día o _____ por semana

4 ¿Utiliza su hijo/a el teléfono móvil para enviar correos electrónicos, vídeos, archivos o utiliza el teléfono como módem para su ordenador?

1. Si
 2. No
 3. No sabe
- } *(Pasar a pregunta 5)*

4.b ¿Cuántos minutos por día o por semana utiliza su hijo/a el teléfono con esta finalidad? _____ por día o _____ por semana

5 ¿Utiliza su hijo/a el teléfono móvil para otro uso de los datos? (bajarse música, películas, navegar por internet, juegos en línea (online), Skype, etc.)

1. Si
 2. No
 3. No sabe
- } *(Pasar a pregunta 6)*

5.b ¿Cuántos minutos por día o por semana utiliza su hijo/a el teléfono con esta finalidad? _____ por día o _____ por semana

6 ¿Tiene usted teléfono inalámbrico en casa?

1. Si
2. No *(Pasar a pregunta 7)*

6.b En promedio, ¿cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo/a con el teléfono inalámbrico?

1. Ninguna *(Pasar a pregunta 7)*
2. Menos de una por semana *(Pasar a pregunta 6d)*
3. Una vez por semana o más, *(especificar en la siguiente pregunta (6c))*
4. No sabe

6.c Aproximadamente, ¿cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo/a con el teléfono inalámbrico, si realiza y/o recibe llamadas al menos una vez por semana o más?

_____ llamadas a la semana o _____ llamadas al día

6.d En promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono inalámbrico?

_____ minutos por día o en minutos por semana _____

7. ¿Tiene Wi-Fi (internet inalámbrico) en casa?

1. Si
2. No

8. ¿Hay Wi-Fi (internet inalámbrico) en el colegio de su hijo/a?

1. Si
2. No
3. No sabe

9. ¿Usa su hijo/a el ordenador portátil o la tableta (ej. iPad) fuera de la escuela?

Usa...	Tiene este aparato conexión a internet?	Está este aparato siempre conectado a internet?	Cuánto tiempo usa su hijo/a este aparato?
Ordenador portátil? <input type="checkbox"/> No <i>(siguiente fila)</i> <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, con cable <input type="checkbox"/> Sí, con Wi-Fi <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de veces <input type="checkbox"/> No, sólo a veces	De promedio: _____ minutos/día entre semana _____ minutos/día fin de semana
Tableta? <input type="checkbox"/> No <i>(fin del cuestionario)</i> <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, con 3G <input type="checkbox"/> Sí, con Wi-Fi <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de veces <input type="checkbox"/> No, sólo a veces	De promedio: _____ minutos/día entre semana _____ minutos/día fin de semana

10. ¿Me podría indicar su email? _____ (el de la madre/padre)

11. ¿Estaría dispuesto a rellenar un cuestionario similar a este si se lo enviamos por email?

1. Si
2. No

12. ¿Le importaría que contactemos con usted vía WhattsApp?

1. Si
2. No

A.- ALIMENTACIÓN

Para cada tipo de pescado señalar cuantas veces como media ha tomado la cantidad que se indica durante el último año.

Entrevistador: una ración pequeña de pescado equivale a unos 80 gramos (por si pregunta la madre/padre)

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
Derivados de pescado fritos: delicias, barritas, muslitos de mar (<i>surimi</i>) (dos unidades)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado BLANCO frito o rebozado (1 plato mediano o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado BLANCO plancha o hervido: merluza, lenguado, dorada (ración pequeña,)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Emperador o pez de espada (filete o ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Salmón (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado AZUL grande (otros): atún, bonito	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado AZUL pequeño: boquerón o anchoa, sardinas, caballa (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Conservas en aceite de atún (media lata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Conservas en aceite de bonito, sardina o caballa (media lata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Almejas, mejillones, berberechos y similares (1/2 lata pequeña o 1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Calamares, chipirones, sepia, choco, pulpo (1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Marisco: gambas, cangrejo, langostino, langosta (1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

OBSERVACIONES