

# Cuestionario para adolescentes (14 años)

## I) Asma

### Prevalencia de Asma

<b>1</b>	¿Has tenido pitos o silbidos en el pecho <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si/No
<b>2</b> <b>Si 'si' en pregunta 1</b>	¿Cuántos ataques de pitos o silbidos has tenido <u>en los 12 últimos meses</u> ? Ninguno/ De 1 a 3/ De 4 a 12/ Más de 12
<b>3</b>	¿Has tenido dificultades para respirar (opresión en el pecho, falta de aliento) <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si/No

### Severidad del Asma (solo si 'si' en pregunta 1 o 3)

<b>4</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , con qué frecuencia, de promedio, te has despertado debido a pitos o silbidos en el pecho? Nunca me he despertado con pitos/ Menos de una noche a la semana/ Una o más noches por semana
<b>5</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿han sido alguna vez los pitos tan importantes como para que cada dos palabras hayas tenido que parar para respirar? Si/No
<b>6</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿has notado pitos o silbidos en el pecho al respirar durante o después de hacer ejercicio? Si/No
<b>7</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿has tenido tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener infección en el pecho? Si/No
<b>8</b>	¿Has tomado alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar) <u>durante los últimos 12 meses</u> ? No/Si (1) Medicación con receta médica. No/Si - En caso afirmativo, ¿cual? _____ - Si has tomado corticoides orales (en pastillas), ¿los tomaste al menos durante 3 días seguidos? Si/No/No lo sé (2) Medicamentos sin receta. No/Si En caso afirmativo, ¿cual? _____
<b>9</b>	¿Cómo puntuarías tus quejas/dolencias debidas a los pitos/silbidos en el pecho o a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, dificultad para respirar) <u>en los 12 últimos meses</u> ? Escala Analógica Visual (10 cm), de 0=sin quejas/dificultades a 10=las mayores

quejas/dificultades imaginables.
----------------------------------

### **Preguntas opcionales (solo si 'si' en pregunta 1 o 3)**

- 1) ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de pitos/dificultad respiratoria? (Puedes elegir varias respuestas). Por favor, marca todos los meses que corresponda: Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.
- 2) ¿Cuántas veces has tenido dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) en los últimos 12 meses? Nunca / De 1 a 3 veces / De 4 a 12 veces / Más de 12 veces.
- 3) En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, te has despertado debido a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento)? Nunca / Menos de una noche a la semana / Una o más noches por semana.
- 4) En los últimos 12 meses, ¿han sido alguna vez las dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) tan importantes como para que cada dos palabras hayas tenido que parar para respirar? Si/No
- 5) En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) durante o después de hacer ejercicio físico? Si/No
- 6) Si has estado tomando medicación para el asma, ¿con qué frecuencia tomas medicación para abrir las vías aéreas (por ejemplo: ventolín) durante una semana normal? Menos de 2 veces por semana / 2 o más veces por semana.
- 7) ¿Cómo puntuarías tus quejas/dolencias debidas a los pitos/silbidos en el pecho o a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, dificultad para respirar) en el último mes? Escala Analógica Visual (10 cm), de 0=sin quejas/dificultades a 10=las mayores quejas/dificultades imaginables.
- 8) **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (a todos)**
  - a. En los últimos 12 meses, ¿has tenido habitualmente el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) estando resfriado? Si / No
  - b. En los últimos 12 meses, ¿has tenido habitualmente el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) cuando no estabas resfriado? Si / No
  - c. ¿Has tenido el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) la mayoría de los días (4 o más días por semana) durante al menos 3 meses al año? Si / No

## Rinitis Alérgica

### Prevalencia de Rinitis Alérgica

<b>1</b>	En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado o con gripe? Si/No
<b>1.2</b>	En caso afirmativo, por favor, indica cuáles de los siguientes síntomas has tenido en los últimos 12 meses SIN estar resfriado ni con gripe (puedes señalar varias respuestas). Por favor, marca todos los síntomas que hayas tenido: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estornudos: Si/no</li> <li>- Nariz mucosa: Si/no</li> <li>- Nariz tapada: Si/no</li> </ul>
<b>2</b>	En caso afirmativo, en los últimos 12 meses, este problema de nariz, ¿se ha acompañado de picor y lagrimeo en los ojos? Si/no
<b>3</b>	¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz tapada o mucosa? (Puedes elegir varias respuestas). Por favor, marca todos los meses que corresponda: Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.
<b>4</b>	En los últimos 12 meses, ¿has tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado) relacionado con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? (puedes señalar varias respuestas). Por favor, marca todas las sustancias que correspondan: Animales/ Hierbas, árboles, flores/ polvo de la casa, ácaros Humo de tabaco o olores fuertes/ Contaminantes del aire/ Otros, especificar: _____

### Severidad de la Rinitis Alérgica

<b>5</b>	¿Cómo puntuarías tus quejas/dolencias debidas a la rinitis/alergia nasal en los 12 últimos meses? Escala Analógica Visual (10 cm), de 0=sin quejas/dificultades a 10=las mayores quejas/dificultades imaginables
<b>6</b>	¿Has tomado medicación para la rinitis alérgica en los últimos 12 meses? No/Si (1) Medicación con receta médica. No/Si En caso afirmativo, ¿cual? _____ (2) Medicamentos sin receta. No/Si En caso afirmativo, ¿cual? _____

## Rino-Sinusitis Crónica

<b>7</b>	¿Has tenido la <b>nariz tapada</b> en los <u>últimos 12 meses</u> ? Si/NO
<b>8</b>	En caso afirmativo, en los <u>12 últimos meses</u> , ¿durante cuánto tiempo has tenido la nariz tapada? Menos de 10 días / Más de 10 días pero menos de 12 semanas / 12 semanas o más)
<b>9</b>	¿Has tenido <b>dolor</b> o <b>presión alrededor de la frente, la nariz o los ojos</b> en los <u>12 últimos meses</u> ? Sí/No
<b>10</b>	En caso afirmativo, en los <u>12 últimos meses</u> , ¿durante cuánto tiempo has tenido dolor o presión alrededor de la frente, la nariz o los ojos? Menos de 10 días / Más de 10 días pero menos de 12 semanas / 12 semanas o más)
<b>11</b>	¿Has tenido <b>secreciones nasales verdes o amarillas</b> o mocos verdes o amarillos en los <u>últimos 12 meses</u> ? Si/No
<b>12</b>	En caso afirmativo, en los <u>últimos 12 meses</u> , ¿durante cuánto tiempo has tenido secreciones nasales verdes o amarillas o mocos verdes o amarillos en la garganta o el cuello? Menos de 10 días / Más de 10 días pero menos de 12 semanas / 12 semanas o más)
<b>13</b>	¿Se ha reducido o desaparecido tu <b>sentido del olfato</b> en los <u>12 últimos meses</u> ? Si/No
<b>14</b>	En caso afirmativo, en los <u>últimos 12 meses</u> , ¿durante cuánto tiempo has tenido disminuido o desaparecido tu sentido del olfato? Menos de 10 días / Más de 10 días pero menos de 12 semanas / 12 semanas o más)

### **Preguntas Opcionales: (si ha contestado 'si' a la pregunta 1)**

- 1) En los últimos 12 meses, ¿has tenido problemas con tu nariz sin estar resfriado/a durante al menos 4 días a la semana **Y** al menos durante 4 semanas? Si/No ("No" significa menos de 4 días a la semana **O** menos de 4 semanas)
- 2) En los últimos 12 meses, ¿interfirió este problema con tu nariz sin estar resfriado/a con tus **actividades diarias, deportes o tiempo de ocio**? Si /No
- 3) ¿Has tenido **problemas para dormir** debido a tus problemas de nariz sin estar resfriado/a durante los últimos 12 meses? No/Si
- 4) En los últimos 12 meses, ¿interfirió este problema con tu nariz sin estar resfriado/a con la **escuela o trabajo**? Si / No

## Eczema

### Prevalencia de Eczema

1	¿Has tenido la piel seca <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si / No
2	¿Has tenido alguna erupción con picor en la piel en algún momento <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si / No
3	<p>¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? (Puedes marcar varias respuestas) Por favor, señala todas las localizaciones que correspondan:</p> <p>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</p>

### Severidad del Eczema (si ha contestado 'si' a la preg. 2)

4	Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante <u>los últimos 12 meses</u> ? Si / No
5	<p>¿En cuáles de los <u>últimos 12 meses</u> tuviste este eczema/erupción con picor? (Puedes elegir varias respuestas). Por favor, marca todos los meses que corresponda:</p> <p>Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.</p>
6	<p><u>En los 12 últimos meses</u>, ¿con qué frecuencia, de promedio, has estado despierto por la noche por culpa de esta erupción con picor?</p> <p>Nunca en los últimos 12 meses / Menos de una noche por semana / Una o más noches por semana</p>

### Dermatitis de contacto

7	<p>¿Has tenido <u>alguna vez</u> un eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones)?</p> <p>En caso afirmativo, ¿a qué edad lo tuviste por primera vez?</p>
8	<p>¿Has tenido <u>alguna vez</u> eczema después de contacto con ...? (puedes elegir varias respuestas, <u>por favor señala todas las sustancias que correspondan</u>):</p> <p>1) Objetos metálicos (como botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj, gafas (de sol), clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares): por favor, especifica: _____</p> <p>2) Bisutería</p> <p>3) Tinte para el pelo</p>

4) Otros colorantes
5) Tatuajes
6) Productos cosméticos, perfumes o fragancias
7) Desodorantes
8) Shampoo o acondicionador
9) Jabón
10) Ropa
11) Látex, goma/plásticos (guantes de goma/plástico, globos, preservativos)
12) Otros materiales; por favor, especifica: _____
13) No, con ningún material

**Preguntas Opcionales: (si ha contestado 'si' a la preg. 2)**

Por favor, señala una respuesta para cada una de las siguientes siete preguntas. Los chicos/as deberían contestar con la ayuda de sus padres. Por favor, deja en blanco las preguntas que no puedas contestar.

- 1) En los últimos 12 meses, ¿cuántos días de una semana típica con síntomas de eczema has tenido picor debido al eczema? Ningún día / 1-2- días / 3-4 días / 5-6 días / Cada día
- 2) En los últimos 12 meses, ¿cuántas noches de una semana típica con síntomas de eczema te has despertado debido al eczema? Ningún día / 1-2- días / 3-4 días / 5-6 días / Cada día
- 3) En los últimos 12 meses, ¿cuántos días de una semana típica con síntomas de eczema te ha sangrado la piel debido al eczema? Ningún día / 1-2- días / 3-4 días / 5-6 días / Cada día
- 4) En los últimos 12 meses, ¿cuántos días de una semana típica con síntomas de eczema te ha supurado o salido líquido claro por la piel debido al eczema? Ningún día / 1-2- días / 3-4 días / 5-6 días / Cada día
- 5) En los últimos 12 meses, ¿cuántos días de una semana típica con síntomas de eczema se te ha agrietado la piel debido al eczema? Ningún día / 1-2- días / 3-4 días / 5-6 días / Cada día
- 6) En los últimos 12 meses, ¿cuántos días de una semana típica con síntomas de eczema se te ha descamado la piel o has perdido pelo debido al eczema? Ningún día / 1-2- días / 3-4 días / 5-6 días / Cada día
- 7) En los últimos 12 meses, ¿cuántos días de una semana típica con síntomas de eczema has notado tu piel seca o rugosa/áspera debido al eczema? Ningún día / 1-2- días / 3-4 días / 5-6 días / Cada día

## Preguntas Sociodemográficas

<b>1</b>	Actualmente. ¿Cuántas personas viven en tu casa, incluyéndote a tí? _____		
<b>2</b>	Si tienes hermanos, indica cuántos tienes: _____		
<b>3</b>	A parte de tí y tus hermanos, ¿Con quién más vives?		
	<input type="checkbox"/> Madre y padre siempre <input type="checkbox"/> Solo con la madre <input type="checkbox"/> Solo con el padre <input type="checkbox"/> Algunos días con la madre y otros con el padre <input type="checkbox"/> Madre y su nueva pareja <input type="checkbox"/> Padre y su nueva pareja <input type="checkbox"/> Otros (indica): _____		
<b>4</b>	¿Cuánta gente duerme en tu habitación a parte de tí?		
<b>5</b>	¿Fuman tu padre, madre o hermanos? Si fuman indica si lo hacen dentro de casa		
	Padre	Sí / No	¿Fuma dentro de casa?: Si/No
	Madre	Sí / No	¿Fuma dentro de casa?: Si/No
	Hermanos	Sí / No	¿Fuma dentro de casa?: Si/No
	Otra gente que vive contigo	Sí / No	¿Fuma dentro de casa?: Si/No
<b>6</b>	De los siguientes animales, ¿Tienes alguno viviendo en casa? En caso afirmativo indica si duermen dentro de casa o dentro de tu habitación		
	Perro	Sí /No	¿Dónde duerme? Fuera / Dentro de casa / Dentro de tu habitación
	Gato	Sí /No	¿Dónde duerme? Fuera / Dentro de casa / Dentro de tu habitación
	Pájaros	Sí /No	¿Dónde duerme? Fuera / Dentro de casa / Dentro de tu habitación
	Otros (indica): _____		¿Dónde duerme? Fuera / Dentro de casa / Dentro de tu habitación

<b>7</b>	¿Cuál es el último curso escolar que has completado? 5º, 6º de primaria, 1º, 2º, 3º, 4º de ESO, 1º, 2º Bachillerato
<b>1.</b>	¿Cuánto mides de altura? _____ cm
<b>2</b>	¿Cuánto pesas? _____ kg
<b>4</b>	Si todavía vas a la escuela, ¿a qué tipo de escuela vas? _____
<b>6</b>	El hecho de elegir los estudios que estás realizando, ¿ha estado influido por el hecho de tener asma, rinitis alérgica, eczema o alergia? Si/No
<b>7</b>	En caso afirmativo, ¿cómo afectó ello a la elección de tus estudios? _____



## Nutrition

### *Reacciones Alérgicas a Alimentos*

<b>1</b>	Has tenido alguna vez una reacción alérgica a algún alimento? Si/no
----------	--

### **En caso afirmativo, has tenido alguna vez una reacción alérgica causada por ...**

(Puedes elegir varias respuestas)

<b>2</b>	<p><b><u>Leche de vaca</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica: _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>
<b>3</b>	<p><b><u>Huevo de gallina</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica: _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>
<b>4</b>	<p><b><u>Trigo</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica: _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>
<b>5</b>	<p><b><u>Bacalao</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica: _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>
<b>6</b>	<p><b><u>Soja</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica: _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>

7	<p><b>Cacahuete Si/No</b>  En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>
8	<p><b>Otro alimento, por favour especifique: _____</b> Yes/No  En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>
9	<p><b>Otro alimento, por favour especifique: _____</b> Yes/No  En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>
10	<p><b>Otro alimento, por favour especifique: _____</b> Yes/No  En caso afirmativo, por favor describe la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenías cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tienes todavía esta reacción alérgica cuando comes este alimento? Si/No/No lo sé</p>

**Cuestionario sobre DIETA (KIDMED):**

17. Si us plau, pensa en el que habitualment sols menjar i indica si les afirmacions següents són aplicables al teu cas (si us plau, marca un sola resposta en cada línia).

		Cert	Fals
1	Prens una fruita o suc de fruita tots els dies.		
2	Prens una segona fruita tots els dies.		
3	Prens verdures fresques, crues, en amanides o cuinades regularment un cop al dia.		
4	Prens verdures fresques, crues, en amanides o cuinades més d'un cop al dia.		
5	Prens peix amb regularitat, com a mínim 2 o 3 cops per setmana.		
6	Vas un cop o més a la setmana a un centre de "fast food" tipus hamburgueseria.		
7	T'agraden les llegums (llenties, cigrons, mongetes blanques, fesols) i les menges més d'un cop a la setmana.		
8	Menges pasta o arròs quasi a diari (5 o més dies a la setmana).		
9	Esmorzes cereals o derivats com el pa, etc.		
10	Prens fruits secs (cacahuets, avellanes, etc.) amb regularitat, com a mínim 2-3 cops per setmana.		
11	Consumeixes oli d'oliva a casa.		
12	No esmorzes.		
13	Esmorzes un làctic, com la llet, iogurt, etc.		
14	Esmorzes "bollería" industrial.		
15	Prens 2 iogurts i/o 40 grams de formatge cada dia.		
16	Prens varies vegades al dia dolços i laminadures.		

□

## Estilos de vida

### Actividad Física

Las siguientes preguntas se refieren al tiempo en que estás físicamente activo durante una semana típica de verano y de invierno. Por favor, piensa en todas las actividades que haces en la escuela, en casa, para ir de un sitio a otro, en actividades extraescolares y en tu tiempo libre en que realizas algún tipo de ejercicio o deporte. Por favor, contesta todas las preguntas incluso si no te consideras una persona activa.

<b>1</b>	<p>Durante una semana típica, <u>en los últimos 12 meses</u>, cuantas horas a la semana hiciste ejercicio físico intenso? (con sudor intenso, respiración mucho más acelerada de lo normal; por ejemplo: levantamiento de pesos importantes, aeróbic, deporte intenso o bicicleta a ritmo rápido)</p> <p>Verano: _____ horas por <u>semana</u></p> <p>Invierno: _____ horas por <u>semana</u></p>
<b>2</b>	<p>Durante una semana típica, <u>en los últimos 12 meses</u>, cuantas horas a la semana hiciste ejercicio físico moderado? (con algo de sudor, respiración algo más acelerada de lo normal; por ejemplo: llevar pesos moderados, deporte a intensidad moderada, bicicleta a ritmo moderado o natación)</p> <p>Verano: _____ horas por <u>semana</u></p> <p>Invierno: _____ horas por <u>semana</u></p>
<b>3</b>	<p>Durante una semana típica, <u>en los últimos 12 meses</u>, cuantas horas a la semana hiciste ejercicio físico suave? (sin sudor, con respiración normal; por ejemplo: pasear)</p> <p>Verano: _____ horas por <u>semana</u></p> <p>Invierno: _____ horas por <u>semana</u></p>
<b>4</b>	<p>¿Cuántas horas al día (en 24 horas) miras la televisión, lees, usas el ordenador, juegas con el ordenador o con juegos de la televisión o con la play-station o similares?</p> <p>Verano: _____ horas al <u>día</u></p> <p>Invierno: _____ horas al <u>día</u></p>

## Telefonía

<b>5</b>	<p>¿Utilizas móvil?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (<i>si es no, salta a la pregunta 8</i>)</p> <p>Edad que tenías cuando empezaste a usarlo</p> <p>_____ Años          _____ Meses</p>													
	<p>Indica el número de llamadas o mensajes que realizas entre semana y durante el fin de semana y la duración de las llamadas donde se pida:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">ENTRE SETMANA</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">CAPS de SETMANA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número de llamadas que recibes y realizas con el móvil</td> <td style="text-align: center;">___al día</td> <td style="text-align: center;">___al día</td> </tr> <tr> <td>Duración de las llamadas que recibes y realizas con el móvil</td> <td style="text-align: center;">___min/ día</td> <td style="text-align: center;">___min/día</td> </tr> <tr> <td>Número de mensajes con el móvil</td> <td style="text-align: center;">___al día</td> <td style="text-align: center;">___al día</td> </tr> </tbody> </table>			ENTRE SETMANA	CAPS de SETMANA	Número de llamadas que recibes y realizas con el móvil	___al día	___al día	Duración de las llamadas que recibes y realizas con el móvil	___min/ día	___min/día	Número de mensajes con el móvil	___al día	___al día
	ENTRE SETMANA	CAPS de SETMANA												
Número de llamadas que recibes y realizas con el móvil	___al día	___al día												
Duración de las llamadas que recibes y realizas con el móvil	___min/ día	___min/día												
Número de mensajes con el móvil	___al día	___al día												
<b>6</b>	<p>En tu casa, ¿Qué tipo de teléfono fijo tenéis?</p> <p><input type="checkbox"/> Con hilo</p> <p><input type="checkbox"/> Sin hilo</p> <p><input type="checkbox"/> Los dos tipos</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno de los dos</p> <p>Indica el número y la duración de las llamadas que realizas entre semana y durante el fin de semana <b>CON EL TELEFONO SIN HILO</b></p>													

		<b>ENTRE SEMANA</b>	<b>FINES de SEMANA</b>
	Número de llamadas que hace o recibe con el teléfono inalámbrico	___al día	___al día
	Duración de las llamadas que recibe o hace con el teléfono inalámbrico	___min/ día	___min/ día
<b>7</b>	¿En tu casa hay Wi-Fi?		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>8</b>	¿En tu colegio hay Wi-Fi?		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### Consumo de tabaco

<b>9</b>	<p>¿Has probado alguna vez en tu vida el tabaco? En caso afirmativo indica a qué edad lo probaste por primera vez y contesta la pregunta 11.1</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>○ Edad en que lo probaste por primera vez: _____ años</p> <p>○</p> <p><input type="checkbox"/> No (<i>si es no, salta a la pregunta 12</i>)</p>
<b>10</b>	<p>¿Con cual de las afirmaciones siguientes te identificas más? (contesta si hace falta las preguntas específicas)</p> <p><input type="checkbox"/> Fumo como mínimo un cigarro al día</p> <p>○ ¿Cuántos cigarros fumes al día habitualmente?</p> <p>○ ___cig/día</p> <p>○ ¿Desde que edad fumas al menos un cigarro a la semana? _____ años</p> <p><input type="checkbox"/> No fumo diariamente, pero si un cigarrillo por semana</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ¿Cuántos cigarros fumas al día habitualmente? _____ cig/día</li> <li><input type="radio"/> ¿Desde qué edad fumas al menos un cigarro a la semana? _____ años</li> <li><input type="checkbox"/> No fumo semanalmente pero sí como mínimo una vez al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Fumo menos de una vez al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Fumo de vez en cuando</li> <li><input type="checkbox"/> He dejado de fumar después de haber fumado como mínimo una vez a la semana</li> <li><input type="checkbox"/> He dejado de fumar siempre había fumado menos de una vez por semana</li> <li><input type="checkbox"/> Fumaba alguna vez pero ya no he fumado nunca más</li> </ul>
--	---

### Alcohol y Drogas

<b>11</b>	<p>¿Has bebido alguna vez en tu vida alguna bebida alcoholica? En caso afirmativo indica que edad tenías cuando bebiste alcohol por primera vez y continúa en la pregunta 13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sí <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Edad en que bebiste alcohol por primera vez _____ años</li> <li><input type="radio"/> ¿Qué edad has bebido de promedio los últimos 12 meses? (Por cada bebida indica con qué frecuencia la has bebido)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> No (<i>si es no, salta a la pregunta 15</i>)</li> </ul>
-----------	--

	Nunca	< 1 vaso/mes	1-3 vasos/mes	1-2 vaso/semana	3-6 vasos/setmana	1 o más vasos/dia
Cerveza						
Vino, cava, champán, vinos espumosos						
Alcohol de alta graduación (whisky, vodka, ginebra, ron) solo						
Refrescos con alcohol ( <i>cubatas</i> ) o combinados con alcohol						

<b>13</b>	<p>¿Te has emborrachado alguna vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (<i>si es no, ves a la pregunta 15</i>)</p>
<b>14</b>	<p>¿Te has emborrachado alguna vez en los <u>últimos 6 meses</u>?</p> <p>1) Sí</p> <p>2) No</p>



**Drogas**

<b>15</b>	<p>¿Has probado alguna vez en tu vida la marihuana (porros)? En caso afirmativo, indica a que edad lo probaste por primera vez y ves a la pregunta 15.1</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Edad en que lo probaste por primera vez ___ años</li> </ul> <p>En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido marihuana?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 día</li> <li>-2 días</li> <li>-3 días</li> <li>-4-5 días</li> <li>-6-9 días</li> <li>-10-19 días</li> <li>-20-30 días</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> No (<i>si es no, salta a la pregunta 16</i>)</p>
<b>16</b>	<p>¿Has probado alguna vez otro tipo de droga sin tener en cuenta la marihuana? En caso afirmativo indicala edad que tenías cuando lo probaste por primera vez y el tipo de droga.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad en que lo probaste pr primera vez _____ años</li> <li>- Nombre de la droga: _____</li> <li>- ¿Cuántas veces la has tomado en los últimos 12 meses? _____</li> </ul> <p>- Si has probado otro tipo más de droga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Nombre de la droga: _____</li> <li>o ¿Cuántas veces la has tomado en los últimos 12 meses? _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> No</p>

**Desarrollo Puberal**

<b>1</b>	<p>¿Cómo dirías que es tu crecimiento en altura?:</p> <p>Aún no he empezado a pegar el estirón          Justo he empezado a dar el estirón          Estoy en pleno estirón          Parece que ha terminado          No lo sé</p>
<b>2</b>	<p>Y ¿cómo dirías que es el crecimiento de pelo por tu cuerpo? (“Pelo por el cuerpo” significa pelo o cabello por cualquier parte del cuerpo excepto la cabeza, como por ejemplo debajo de los brazos). Dirías que, en tu caso, el crecimiento de pelo por el cuerpo:</p> <p>Todavía no ha empezado a salir          Justo ha empezado a salir          Me está saliendo mucho          Parece que se ha completado          No lo sé</p>
<b>3</b>	<p>¿Has notado cambios en la piel, especialmente granos o espinillas?</p> <p>Todavía no he notado ningún cambio          Justo ha empezado a cambiar          Me ha cambiado mucho          Parece que ya han acabado los cambios          No lo sé</p>
<b>Formulario para chicos</b>	
<b>4</b>	<p>¿Has notado cambios en la voz?</p> <p>Todavía no he notado ningún cambio en la voz          La voz me está empezando a cambiar          La voz me ha cambiado mucho          Parece que la voz ya me ha cambiado del todo          No lo sé</p>
<b>5</b>	<p>¿Te ha empezado a salir la barba?</p> <p>Todavía no me ha empezado a salir barba          La barba me está empezando a salir          Me está saliendo mucha          Parece que ya me ha salido toda la barba          No lo sé</p>
<b>Formulario para chicas</b>	
<b>4</b>	<p>¿Has notado que te hayan empezado a crecer los pechos?</p> <p>Todavía no me han empezado a crecer /          Justo han empezado a crecer un poco /          Me están creciendo mucho /          Parece que ya me han crecido completamente /          No lo sé.</p>

<b>5</b>	<p>¿Has empezado a tener la regla (has tenido la primera regla)?</p> <p>Sí / No</p> <p>Si has contestado que sí, ¿qué edad tenías cuando tuviste la primera regla?</p> <p>_____ años y _____ meses (edad en años y meses)</p>
----------	---

<b>SI ES CHICA</b>
--------------------

**31. Contesta los apartados a y b. Y si no estás seguro de la respuesta elije la opción 6.**

**31. a) Desarrollo del pecho:**



**A1** El pezón ha sobresalido un poco en este estado. El pecho todavía es plano.



**A2** Este es el nivel en el que el pecho empieza a crecer. El pezón ha crecido más que en el estado uno y el pecho en sí es un pequeño montículo. El área más oscura alrededor del pezón (aureola) es más grande que en el estado uno



**A3** La aureola y el pecho son más grandes que en el estado 2. La aureola no sobresale del pecho.



**A4** La aureola y el pezón hacen un montículo que sobresale de la forma del pecho. (Nota: es este estado puede ser que nunca tenga lugar en algunas chicas ya que algunas van del estado 3 al 5 sin pasar por el 4).



**A5** Este es el estado adulto. El pecho se desarrolla totalment. Solo el pezón sobresale en este estado y la aureola se adapta a la forma del pecho.

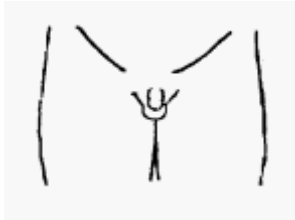
<b>?</b>
----------

**A6** No estass segura de la respuesta.

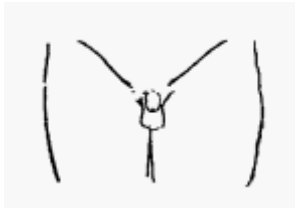
## SI ES CHICO

31. Contesta los apartados a i b. Si no estás seguro de la respuesta elije la opción 6.

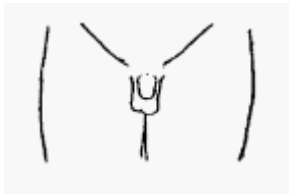
### 31. a) Desarrollo del pene y los testículos.



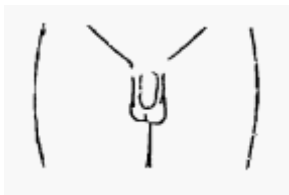
**A1** La medida i la forma de los testículos, escroto (la bolsa que guarda los testículos) y el pene son similares a cuando era más joven. .



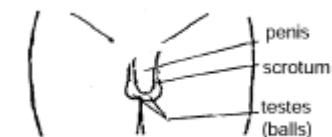
**A2** El pene es un poco más grande. El escroto ha bajado un poco y la piel ha cambiado. Los testículos son más grandes.



**A3** El pene se ha alargado un poco más y los testículos han crecido y bajado un poco más.



**A4** El pene es más largo y grande. La punta del pene es más grande, el escroto es más oscuro y más grande y los testículos son más grandes.



**A5** El pene, escroto y testículos son de medida y forma de adulto.



A6 No estás seguro de la respuesta.