

# Cuestionario para los padres

(14 años)

## I) Asma

### Asma: Prevalencia e inicio

<b>1</b>	¿Ha tenido su hijo/a 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 ha tenido su hijo/a <u>en los 12 últimos meses</u> ? <u>Ninguno/ De 1 a 3/ De 4 a 12/ Más de 12</u>
<b>3</b>	¿ <u>Alguna vez</u> un medico ha diagnosticado a su hijo/a de tener asma? Si / No
<b>4</b> <b>Si 'si' en pregunta 3</b>	¿Ha sido diagnosticado su hijo/a de tener asma por primera vez en los últimos 3 años (desde la última vez que lo entrevistamos)? Si /No

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

<b>5</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , con qué frecuencia, de promedio, se ha <b>despertado</b> su hijo/a 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>6</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿han sido alguna vez los pitos tan importantes como para que cada dos palabras su hijo/a haya tenido que parar para respirar? Si/No
<b>7</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿ha notado pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a al respirar durante o después de hacer <b>ejercicio</b> ? Si/No
<b>8</b>	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿has tenido su hijo/a <b>tos seca durante la noche</b> sin estar resfriado ni tener infección en el pecho? Si/No
<b>9</b>	¿Ha tomado su hijo/a alguna <b>medicación</b> 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) Medicamentos con receta médica No/Si - En caso afirmativo, ¿cuáles? _____ - Si su hijo/a ha tomado corticoides orales (en pastillas), los tomó al menos durante 3 días seguidos? Si/no 2) Medicamentos sin receta No/Si - En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
<b>10</b>	¿Con qué frecuencia tuvo que llamar o ir al médico o al hospital con su hijo <b>urgentemente</b> debido a dificultades respiratorias (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar) <u>en los 12 últimos meses</u> ?(Si la

respuesta es nunca, poner 0) Número: _____
--

### **Preguntas Opcionales: (sólo si 'si' a pregunta 9.1 o 9.2)**

- 1) Si su hijo/a ha tomado mediación para el asma, ¿con qué frecuencia tomó para abrir las vías aéreas (por ejemplo: ventolín) durante una semana normal? Menos de 2 veces por semanas / 2 o más veces por semana
- 2) Se ha tratado su hijo/a alguna vez para los **pitos/silbidos en el pecho/dificultades respiratorias** (opresión en el pecho, dificultad para respirar) con los llamados métodos alternativos (como la homeopatía, acupuntura u otros)? Si / No
  - En caso afirmativo, tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_ años.
  - Tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_ años.
  - Tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_ años.

### **3) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:**

- a. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a habitualmente el pecho cargado o ha tenido tos con expectoración (mocos) **estando resfriado**? Si / No
- b. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a habitualmente el pecho cargado o ha tenido tos con expectoración (mocos) **cuando no estaba resfriado**? Si / No
- c. ¿Has tenido su hijo/a el pecho cargado o ha 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

## Section II) Rinitis Alérgica

### Rinitis Alérgica: Prevalencia y Severidad

1	En los últimos 12 meses, su hijo/a ¿ha tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado ni con gripe? Si/No
1.2	En caso afirmativo en pregunta 1, por favor, indique cuáles de los siguientes síntomas ha tenido su hijo en los últimos 12 meses SIN estar resfriado ni con gripe (puede señalar varias respuestas). Por favor, marque todos los síntomas que haya tenido: - Estornudos: Si/no - Nariz mucosa: Si/no - Nariz tapada: Si/no
2	En caso afirmativo en pregunta 1, <u>en los últimos 12 meses</u> , este problema de nariz, ¿se ha acompañado de picor y lagrimeo en los ojos? Si/no
3	En caso afirmativo en pregunta 1, ¿En cuál de <u>los últimos 12 meses</u> , 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.
4	En los últimos 12 meses, su hijo/a ¿ha tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado) relacionado con alguna de las siguientes sustancias? (puede señalar varias respuestas). Por favor, marque todas las sustancias implicadas: Animales/ Hierbas, árboles, flores/ Polvo de la casa, ácaros Humo de tabaco o olores fuertes/ Contaminantes del aire/ Otros, especificar: _____
5	¿Ha tomado su hijo/a medicación para la rinitis alérgica <u>en los últimos 12 meses</u> ? No/Si 1) Medicamentos con receta médica No/Si En caso afirmativo, ¿cuáles? _____ 2) Medicamentos sin receta No/Si En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
6	¿Le han puesto a su hijo/a <b>alguna vez</b> inyecciones especiales para la alergia ('vacunas para la alergia', inmunoterapia, hiposensibilización, desensibilización, gotas o tabletas sublinguales)? Si / No En caso afirmativo: - El primer tratamiento empezó a los _____ años y terminó a los _____ años; Para qué alérgeno: _____ / No lo sé. - El segundo tratamiento empezó a los _____ años y terminó a los _____ años; Para qué alérgeno: _____ / No lo sé.

	- El tercer tratamiento empezó a los _____ años y terminó a los _____ años; Para qué alérgeno: _____ / No lo sé.
--	---

### **Pregunta Opcional:**

- 1) ¿Ha recibido su hijo/a alguna vez tratamiento para la **alergia nasal/rinitis alérgica** con los llamados métodos alternativos (como la homeopatía, acupuntura u otros)? Si / No
- En caso afirmativo, tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_ años.
  - Tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_ años.
  - Tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_ años.

### **Prevalencia de Eczema**

<b>1</b>	¿Ha tenido su hijo/a la piel seca <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si / No
<b>2</b>	¿Ha tenido su hijo/a alguna erupción con picor en la piel en algún momento <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si / No
<b>3</b>	¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? (Puede marcar varias respuestas) Por favor, señale todas las localizaciones 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
<b>4</b>	Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante <u>los últimos 12 meses</u> ? Si / No
<b>5</b>	Su hijo/a, ¿ha sido diagnosticado alguna vez por un médico de eczema, dermatitis atópica o neurodermatitis? Si / No
<b>6</b> <b>Si 'si' a pregunta 2 o pregunta 5</b>	¿En cuáles de los <u>últimos 12 meses</u> tuvo su hijo/a este eczema/erupción? (Puede elegir varias respuestas). Por favor, marque todos los meses que corresponda: Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.

### **Severidad del Eczema**

<b>7</b>	<u>En los 12 últimos meses</u> , ¿con qué frecuencia, de promedio, ha estado su hijo/a despierto por la noche por culpa de esta erupción con picor? Nunca en los últimos 12 meses / Menos de una noche por semana / Una o más noches por semana
----------	--

## Dermatitis de contacto

<b>8</b>	¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)?  En caso afirmativo, a qué edad lo tuvo por primera vez? ____ años.
<b>9</b>	¿Ha tenido su hijo/a <u>alguna vez</u> eczema después de tener contacto con alguna de las siguientes sustancias (puede elegir varias respuesta, <u>por favor</u> marque todas las sustancias que le hayan provocado eczema):  1) Objetos metálicos (como botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj, gafas (de sol), clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares): por favor, especifica: _____ 2) Bisutería 3) Tinte para el pelo 4) Otros colorantes 5) Tatuajes 6) Productos cosméticos, perfumes o fragancias 7) Desodorantes 8) Champú 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

### Pregunta Opcional:

- 1) ¿Ha recibido su hijo/a alguna vez tratamiento para el **eczema** con los llamados métodos alternativos (como la homeopatía, acupuntura u otros)?  
Si / No  
- En caso afirmativo, tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_ años.  
- Tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_ años.  
- Tratado con \_\_\_\_\_ empezó a los \_\_ años y terminó a los \_\_\_\_ años.

## Datos Clínicos del Niño

<b>1</b>	<p>¿Ha tenido su hijo/a algún problema de tipo Hormonal? Si / No</p> <p>En caso afirmativo,</p> <p>    Especificar el problema: _____</p> <p>    ¿Ha tomado tratamiento? Si / No</p> <p>En caso afirmativo,</p> <p>    Nombre del medicamento: _____</p>
<b>2</b>	<p>¿Ha tenido su hijo/a algún problema de comportamiento o de aprendizaje?</p> <p>Si / No</p> <p>En caso afirmativo,</p> <p>    Especificar el problema: _____</p> <p>    ¿Ha tomado tratamiento para este problema? Si / No</p> <p>        En caso afirmativo,</p> <p>            Nombre del medicamento: _____</p> <p>    ¿Le ha visitado alguna vez un psicólogo y/o psiquiatra? Si / No</p> <p>    ¿Está su hijo actualmente en tratamiento para este problema? Si / No</p>

## **Desarrollo Puberal**

1. ¿Como dirías que es el crecimiento en altura de su hijo/a?

Aún no ha empezado a pegar el estirón  
Justo ha empezado a pegar el estirón  
Está en pleno estirón  
Parece que ha terminado  
No lo sé

2. ¿Y cómo dirías que es el crecimiento de pelo por su cuerpo?

Todavía no ha empezado a salir  
Justo ha empezado a salir  
Le está saliendo mucho  
Parece que se ha completado  
No lo sé

3. ¿Has notado cambios en la piel de tu hijo, especialmente granos o espinillas?

Todavía no le he notado ningún cambio  
Justo le ha empezado a cambiar  
Le ha cambiado mucho  
Parece que ya se han acabado los cambios  
No lo sé

## **Formulario para chicos**

4. ¿Le has notado cambios en la voz?

Todavía no he notado ningún cambio en la voz  
La voz le está empezando a cambiar  
La voz le ha cambiado mucho  
Parece que la voz ya le ha cambiado del todo  
No lo sé

5. ¿Le está empezando a salir barba?

Todavía no le ha empezado a salir barba  
La barba le está empezando a salir  
Le está saliendo mucha  
Parece que ya le ha salido toda la barba  
No lo sé

## **Formulario para chicas**

**6.** ¿Has notado que le hayan empezado a crecer los pechos?

- Todavía no le han empezado a crecer
- Justo le han empezado a crecer un poco
- Le están creciendo mucho
- Parece que ya le han crecido completamente
- No lo sé

**7.** ¿Ha empezado a tener la regla (ha tenido la primera regla)? Si / No

**8.** Usted (madre de la niña), a qué edad tuvo la primera menstruación? \_\_\_\_\_ años

## Section VI) Cuestionario Sociodemográfico

<b>1</b>	¿Cuál es su estado civil? Soltera/casada/Separada o divorciada/Viuda  Si está separado o divorciada o es viuda, convive actualmente con otra pareja? Si / No
<b>2</b>	Actualmente usted, en su casa, vive con:  <input type="checkbox"/> Marido e hijos <input type="checkbox"/> Nueva pareja e hijos <input type="checkbox"/> Sola con los hijos <input type="checkbox"/> Otros (indique): _____
<b>3</b>	¿Vive alguien más en la casa? (ej. abuelos): Sí / No  Si contestó Sí indique quién o quienes: _____
<b>4</b>	¿Cuál es su situación laboral actual (madre del niño/a)?  <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Paro <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> Baja laboral <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otros: _____
<b>5</b>	¿Cuál es la situación laboral actual del PADRE del niño/a?  <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Paro <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> Baja laboral <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otros: _____
<b>6</b>	¿Ha tenido la MADRE del niño alguna vez <b>eczema atópico</b> (excluyendo dermatitis de contacto y psoriasis)? No/si En caso afirmativo: ¿Se lo ha diagnosticado un médico? No/si ¿A qué edad le apareció el eczema atópico por primera vez? _____ años.
<b>7</b>	¿Ha tenido la MADRE del niño alguna vez <b>asma</b> ? No/si En caso afirmativo: ¿Se lo ha diagnosticado un médico? No/si ¿A qué edad le apareció el asma por primera vez?

	_____ años.
<b>8</b>	¿Ha tenido la MADRE del niño alguna vez <b>rinitis alérgica</b> ? No/si En caso afirmativo: ¿Se lo ha diagnosticado un médico? No/si ¿A qué edad le apareció la rinitis por primera vez? _____ años.
<b>9</b>	¿Ha tenido el PADRE del niño alguna vez <b>eczema atópico</b> (excluyendo dermatitis de contacto y psoriasis)? No/si En caso afirmativo: ¿Se lo ha diagnosticado un médico? No/si ¿A qué edad le apareció el eczema atópico por primera vez? _____ años.
<b>10</b>	¿Ha tenido el PADRE del niño alguna vez <b>asma</b> ? No/si En caso afirmativo: ¿Se lo ha diagnosticado un médico? No/si ¿A qué edad le apareció el asma por primera vez? _____ años.
<b>11</b>	¿Ha tenido el PADRE del niño alguna vez <b>rinitis alérgica</b> ? No/si En caso afirmativo: ¿Se lo ha diagnosticado un médico? No/si ¿A qué edad le apareció la rinitis por primera vez? _____ años.

# Nutrición

## *Reacciones Alérgicas a Alimentos*

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

### **En caso afirmativo, ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica causada por ...**

(Puede elegir varias respuestas)

<b>2</b>	<b><u>Leche de vaca</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica: _____ ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento? Si/No/No lo sé
<b>3</b>	<b><u>Huevo de gallina</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica: _____ ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento? Si/No/No lo sé
<b>4</b>	<b><u>Trigo</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica: _____ ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento? Si/No/No lo sé
<b>5</b>	<b><u>Bacalao</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica: _____ ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento? Si/No/No lo sé
<b>6</b>	<b><u>Soja</u></b> Si/No En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica: _____ ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años. ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento? Si/No/No lo sé

7	<p><b>Cacahuete Si/No</b>  En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento?  Si/No/No lo sé</p>
8	<p><b>Otro alimento, por favor especifique: _____</b> Yes/No  En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento?  Si/No/No lo sé</p>
9	<p><b>Otro alimento, por favor especifique: _____</b> Yes/No  En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento?  Si/No/No lo sé</p>
10	<p><b>Otro alimento, por favor especifique: _____</b> Yes/No  En caso afirmativo, por favor describa la reacción alérgica:  _____</p> <p>¿Qué edad tenía su hijo/a cuando esta reacción alérgica ocurrió por primera vez? _____ años.  ¿Tiene todavía su hijo/a esta reacción alérgica cuando come este alimento?  Si/No/No lo sé</p>

<b>KIDMED</b>			
		Verdadero	Falso
<b>1</b>	Toma una fruta o zumo de frutas todos los días.		
<b>2</b>	Toma una segunda fruta todos los días.		
<b>3</b>	Toma verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas regularmente una vez al día.		
<b>4</b>	Toma verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas más de una vez al día.		
<b>5</b>	Toma pescado con regularidad, por lo menos 2 o 3 veces a la semana.		
<b>6</b>	Acude una vez o más a la semana a un centro de "fast food" tipo hamburguesería.		
<b>7</b>	Le gustan las legumbres y las toma más de una vez a la semana.		
<b>8</b>	Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).		
<b>9</b>	Desayuna cereales o derivados como el pan, etc.		
<b>10</b>	Toma frutos secos con regularidad, por lo menos 2-3 veces a la semana.		
<b>11</b>	Consume aceite de oliva en casa.		
<b>12</b>	No desayuna.		
<b>13</b>	Desayuna un lácteo, como leche, yogur, etc.		
<b>14</b>	Desayuna bollería industrial.		
<b>15</b>	Toma 2 yogures y/o 40 gramos de queso cada día.		
<b>16</b>	Toma varias veces al día dulces y golosinas.		

## **Section VI) Ambiente interior**

### **Cocina de gas**

<b>1</b>	¿Utiliza cocina de gas para cocinar? Si/No
<b>2</b>	¿Utilizan el extractor cuando cocinan?  <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca

### **Humedad y moho**

<b>2</b>	¿Considera que su vivienda es húmeda? Si/No
<b>3</b>	¿Hay moho o manchas de moho en su vivienda? Si/No
<b>4</b>	En caso afirmativo, ¿en qué habitaciones? Habitación del niño/a / Otras habitaciones / Sótano

### **Consumo de tabaco**

<b>5</b>	¿Fuma la madre del niño en casa? Si/No En caso afirmativo, número de cigarrillos al día: _____
<b>6</b>	¿Fuma el padre del niño en casa? Si/No En caso afirmativo, número de cigarrillos al día: _____
<b>7</b>	¿Fuman otras personas en casa (exceptuando al niño)? Si/No En caso afirmativo, número de cigarrillos al día: _____
<b>8</b>	¿Fuma su hijo/a? Sí/No En caso afirmativo, número de cigarrillos al día: _____

**Cuestionario rellenado por:**

Padre/ Madre/Ambos/ Otros:    Especificar \_\_\_\_\_