



7524



1

Num. Id.

--	--	--	--

B. - Características de la casa del niño/a

1. ¿Qué tipo de energía utiliza para la calefacción en la casa ? (puede marcar varias)

- Electricidad Gasoleo
 Gas Ciudad Chimenea
 Estufa butano Otra

2. ¿Tienen aire acondicionado en la casa? no sí

3. ¿Tiene la casa manchas de humedad en el interior? no sí

4. ¿Fuman alguna de estas personas de la familia o convivientes?

Si alguna respuesta es SÍ:

4.1. ¿Fuman en el interior de la casa?

- | | | |
|-------------|---|---|
| Padre..... | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí |
| Madre..... | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí |
| Hermanos .. | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí |
| Otros..... | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí |

5. ¿Hay animales en su casa en la actualidad ?

- | | | | |
|-----------|---|------------|----------------------|
| Perro... | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí | Num perros | <input type="text"/> |
| Gato.... | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí | Num gatos | <input type="text"/> |
| Otro..... | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí | Num otros | <input type="text"/> |

6. ¿Tiene o ha tenido su hijo/a contacto con animales de campo? (vacas, caballos....)

no sí

6.1 Desde qué edad?

Año de vida edad +1)

6.2 Con qué frecuencia?

< 1 vez/mes 1-2 veces/mes Semanalmente Varias veces/semana A diario

6.3 Qué animales?

- Vacas Gallinas
 Ovejas Cerdos
 Caballos Otros:

C. - la salud del niño/a

7. Comparado con otros niños/as de su edad, ¿cómo podría decir que es la salud del niño/a?

Excelente Buena Regular Mala NS/NC

8. ¿Ha tenido que llevar al niño/a urgentemente al médico por problemas respiratorios alguna vez?

No Si, una vez Sí, varias veces NS/NC

Alguna vez en el último año?

No Si, una vez Sí, varias veces NS/NC



9. ¿El médico ha diagnosticado que el niño/a ha sufrido alguna vez?

- Bronquitis.....no..sí...→ último año? no sí
 - Neumonía.....no..sí...→ último año? no sí
 - Otitis.....no..sí...→ último año? no sí
 - Sinusitisno..sí...→ último año? no sí
 - Asma.....no..sí...→ último año? no sí
 - Rinitis alérgicano..sí...→ último año? no sí
 - Dermatitis atópica ..no..sí...→ último año? no sí
 - Tos ferinano..sí...→ último año? no sí
 - Obesidad/sobrepeso no..sí...→ último año? no sí
 - Algún otro diagnósticono..sí...→ último año? no sí
-

10. ¿El niño/a ha tenido alguna vez problemas de comprensión / aprendizaje en la escuela?

- no sí NS/NC

11. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez un trastorno de atenció o hiperactivitat?

- no sí NS/NC

12. ¿Ha ido el niño/a alguna vez al psicólogo?

- no sí NS/NC

Motivo _____

13. ¿El niño/a ha tomado en el último año algún medicamento (aerosol, inhalador, pastillas, jarabe, cremas espray nasal, gotas) para alguna de estas enfermedades?

- Asma no sí NS/NC
- Rinitis alérgica ... no sí NS/NC
- Dermatitis atópica no sí NS/NC

14. ¿El niño/a ha tomado antibióticos en el último año?

- no sí NS/NC

TOS

15. Referido al último año, cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a?

- Nunca ha tenido tos
- Sólo ha tenido tos estando resfriado
- Habitualmente tiene tos, incluso sin resfriado
- NS/NC

16 . ¿ Habitualmente, el niño/a tose cuando se levanta por la mañana?

- no sí NS/NC

16.1. Si ha respondido SÍ, ¿esta tos ha estado presente por lo menos tres meses al año?

- No
- Sí, el año pasado sólo
- Sí, el año pasado y anteriores
- Antes sí, pero no el último año



7524



1

17. ¿Habitualmente, el niño/a tose en otros momentos del día?

no sí NS/NC

17.1. Si ha respondido Sí, ¿esta tos ha estado presente por lo menos **tres meses al año**?

- No
 Sí, el año pasado sólo
 Sí, el año pasado y anteriores
 Antes sí, pero no el último año

CONGESTIÓN / PECHO CARGADO

18. ¿Habitualmente, este niño/a parece congestionado o cargado de pecho con los resfriados?

no sí NS/NC

18.1. Si ha respondido Sí, ¿esta congestión o flema ha estado presente por lo menos **tres meses al año**?

- No
 Sí, el año pasado sólo
 Sí, el año pasado y anteriores
 Antes sí, pero no el último año

19. ¿Habitualmente, este niño/a parece congestionado de pecho o arranca mocos o flemas fuera de los resfriados?

no sí NS/NC

19.1. Si ha respondido Sí, ¿esta congestión o flema ha estado presente por lo menos **tres meses al año**?

- No
 Sí, el año pasado sólo
 Sí, el año pasado y anteriores
 Antes sí, pero no el último año

SIBILANCIAS. silbidos en el pecho

20. ¿Alguna vez ha tenido el niño/a silbidos o pitos en el pecho?

no sí NS/NC

20.1 ¿Ha tenido silbidos o pitos en el pecho en los últimos doce meses?

no sí NS/NC

20.2. ¿Cuántos ataques de silbidos o pitos en el pecho ha tenido en los últimos doce meses?

Ninguno De 1 a 3 De 4 a 12 Más de 12 NS/NC

20.3 En los últimos doce meses, con qué frecuencia se ha despertado su hijo debido a los pitos?

Nunca Menos de 1 noche/sem Una o + noches/sem NS/NC

20.4. Los silbidos o pitos ¿han sido alguna vez tan importantes como para que cada dos palabras el niño/a haya tenido que parar para respirar en los últimos doce meses?

no sí NS/NC

21. ¿El niño/a ha tenido pitos al respirar durante o después de hacer ejercicio en los últimos doce meses?

no sí NS/NC

22. En los últimos doce meses, ha tenido su hijo tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener una infección en el pecho?

no sí NS/NC



7524



1

RINITIS (questionari ISAAC)

Las siguientes preguntas se refieren a cuando el niño/a no está resfriado.

23. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mocosos sin estar resfriado?

no sí NS/NC

23.1 ¿Ha tenido su hijo/a durante el último año problemas de estornudos, nariz tapada o mocosos sin estar resfriado?

no sí NS/NC

23.2 Si ha respondido Sí, ¿se ha acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?

no sí NS/NC

23.3 ¿En qué meses ocurrió este problema de nariz tapada o mocosos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<input type="checkbox"/>											

23.4. ¿En los 12 últimos meses, ha interferido este problema en las actividades diarias del niño?

No Un poco Moderadamente Mucho NS/NC

24. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez rinitis?

no sí NS/NC

ECZEMA /DERMATITIS ATÓPICA

25. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción con picor que iba apareciendo y desapareciendo durante al menos 6 meses?

no sí NS/NC

25.1 ¿Ha tenido su hijo/a esta erupción con picor en algún momento durante el último año?

no sí NS/NC

25.2 Si ha respondido Sí, ¿ha afectado alguna vez los pliegues del codo, detrás de las rodillas, delante de los tobillos, debajo de las nalgas o alrededor de la nuca, arejas u ojos?

no sí NS/NC

25.3 ¿A qué edad lo tuvo por primera vez?

Antes de los 2 años Entre 2-4 años A partir de 5 años NS/NC

25.4 ¿Esta erupción ha llegado a desaparecer en algún momento en los 12 últimos meses?

no sí NS/NC

25.5 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, en promedio, ha estado su hijo/a despierto por la noche debido a este picor?

Nunca el último año <1 noche/sem Una o + noches/sem NS/NC

26. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eccema?

no sí NS/NC



7524



1

DESARROLLO SEXUAL**A. Niñas:****27.a. ¿Le ha notado algún síntoma de desarrollo de los pechos?**

- No
 Sólo un ligero aumento de la mama
 Desarrollo de la mama e inicio de areola o pezón
 Desarrollo prácticamente completo
 NS/NC

28.a. ¿Le ha empezado a salir vello pubiano?

- No
 Un poco (pelos largos poco pigmentados)
 Bastante (oscuros y rizados)
 Prácticamente completo
 NS/NC

29.a. ¿Ha tenido la primera menstruación?

- no sí NS/NC

Edad: años y meses

B. Niños**27.b. ¿Le ha empezado a salir vello pubiano?**

- No
 Un poco (pelos largos poco pigmentados)
 Bastante (oscuros y rizados)
 Prácticamente completo
 NS/NC

28.b. ¿Ha tenido algún desarrollo de los testículos y el pene?

- No, ningún desarrollo
 Aumento del tamaño de los testículos y escroto
 Aumento de la longitud (y grosor?) del pene
 Desarrollo del glande y escroto oscurecido
 NS/NC

UTILIZACIÓN DE INSECTICIDAS

30. ¿Utiliza insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en su casa?

- no sí NS/NC

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

	Frecuencia	1. Dormitorio niño	2. Resto de la casa
a. Sprays insecticidas	1 Todo el año	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	2 De manera estacional	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	3 Esporádicamente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	4 Nunca	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1 Todo el año	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	2 De manera estacional	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	3 Esporádicamente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	4 Nunca	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
d. Otros: _____	1 Todo el año	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	2 De manera estacional	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	3 Esporádicamente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	4 Nunca	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

30.2. ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

- no sí NS/NC

Nombres comerciales _____